Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre Általános és Különös Biztosítási Feltételei

Tartalomjegyzék

I. Általános Biztosítási Feltételek 3

1. § Általános rendelkezések 3
2. § Fogalmak és meghatározások 4
3. § Az Egészségbiztosítási szerződés alanyai 10
4. § Az Egészségbiztosítási szerződés létrejötte és a kockázatviselés kezdete 11
5. § Az Egészségbiztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei 12
6. § A Szerződő és a Biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége 13
7. § Lényeges körülmények felmerülése, megváltozása 14
8. § Az Egészségbiztosítás tartama, korhatárok 15
9. § Területi hatály 15
10. § A biztosítás díja 16
11. § Fizetési késedelem 18
12. § Az Egészségbiztosítási szerződés módosítása 18
13. § Az Egészségbiztosítási szerződés megszűnésének esetei 20
14. § A Biztosító szolgáltatása, a biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége 22
15. § Biztosított kötelezettségei 24
16. § Kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség 24
17. § Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól 24
18. § Kockázatkizárások 24
19. § Jognyilatkozatok, a Biztosításközvetítő ügynök jogállása 27
20. § Elektronikus kommunikáció 27
21. § A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók 28
22. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése 29
23. § Elévülés 29
24. § Egyéb rendelkezések, panaszbejelentés és a jogviták rendezése 29
25. § A Polgári Törvénykönyvtől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától eltérő szabályok 29

II. Különös Biztosítási Feltételek 31
26. § Általános rendelkezések 31
27. § Az Egészségbiztosítás által fedezett betegségek és orvosi beavatkozások 31
28. § A Biztosító szolgáltatása 34

III. 1. számú melléklet
Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása, valamint Precíziós medicina szolgáltatásokhoz rendelt szolgáltatási limitek és biztosítási összegek 46

IV. 2. számú melléklet
Tájékoztató a biztosítási díj megfizetésének módjáról 47

V. 3. számú melléklet
Összefoglaló az Egészségbiztosítási szerződés kapcsán a Biztosított által megküldendő dokumentumokról, nyilatkozatokról és azok lehetséges elküldési módjairól, formai és tartalmi követelményeiről 49

VI. 4. számú melléklet
Tájékoztató az egészségbiztosítási szolgáltatások elbírálásához bekérhető iratokról 51

Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre Általános és Különös Biztosítási Feltételei

I. Általános Biztosítási Feltételek

1. § Általános rendelkezések

(1) Jelen Általános Biztosítási Feltételekben és az annak részét képező
- mindenkor hatályos **1., 2., 3. és 4. számú mellékletben**, valamint
- a mindenkor hatályos **Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztatóban**,
- a mindenkor hatályos **Kiegészítő ügyféltájékoztatóban**, valamint
- távértékesítés esetén a mindenkor hatályos Távértékesítési tájékoztatóban foglalt rendelkezések,

a Különös Biztosítási Feltételekkel (a továbbiakban: Különös Biztosítási Feltételek) együtt (a továbbiakban együttesen: Biztosítási Feltételek) – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – az NN Biztosító Zrt. (székhelye: 1139 Budapest, Fiastyúk utca 4–8., a továbbiakban: Biztosító) **Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre** szerződéseinek (a továbbiakban: Egészségbiztosítás vagy egyes dokumentumokban úgy is mint Egészség Útlevél) feltételeit képezik, feltéve, hogy az Egészségbiztosítási szerződést a jelen Általános és Különös Biztosítási Feltételekre való hivatkozással kötötték. A Különös Biztosítási Feltételek a jelen Általános Biztosítási Feltételektől eltérhetnek, az Általános Biztosítási Feltételek és a Különös Biztosítási Feltételek eltérése esetén a Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései az irányadók.
A Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek, az Általános és Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben pedig a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény, és távértékesítés esetén a távértékesítés keretében kötött pénzügyi ágazati szolgáltatási szerződésekről szóló 2005. évi XXV. törvény (a továbbiakban: Távért tv.), online távértékesítés esetén az elektronikus kereskedelmi szolgáltatások, valamint az információs társadalommal összefüggő szolgáltatások egyes kérdéseiről szóló 2001. évi CVIII. törvény (a továbbiakban: Ekertv.) rendelkezései, továbbá az egyéb és a hatályos magyar jogszabályok rendelkezései irányadók.

(2) Az Egészségbiztosítás keretében nyújtott külföldi gyógykezelésekre a külföldi gyógykezelés helye szerinti külföldi jogszabályok az irányadók, melyek eltérőek lehetnek a magyar egészségügyi szabályoktól.

(3) Az Egészségbiztosításnak nem célja a magyar és a külföldi gyógykezelés összehangolása és a kettő közötti átjárás biztosítása, az Egészségbiztosítás ezekre nem terjed ki. Az Egészségbiztosítás csak és kizárólag a jelen Biztosítási Feltételekben foglalt szolgáltatásokat foglalja magában.

(4) **Minden olyan szokás és gyakorlat, amelyeknek alkalmazásában az Egészségbiztosítási szerződés alanyai korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyeket egymás között kialakítottak, a jelen Biztosítási Feltételek hatálya alatt létrejött Egészségbiztosítási szerződésekben nem irányadók, további alkalmazásukat a szerződő Felek kizárják.**

(5) **Ezen túlmenően az élet- és nem-életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak az Egészségbiztosítási szerződés részévé, alkalmazásukat a szerződő Felek szintén kizárják üzleti kapcsolatukban.**

2. § Fogalmak és meghatározások

Jelen paragrafusban meghatározott fogalmak a jelen Általános Biztosítási Feltételek és a Különös Biztosítási Feltételek értelmezése vonatkozásában alkalmazandók.

Ajánlati dokumentáció: Biztosítási ajánlat, ideértve az Egészségi nyilatkozatot is, az Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre Általános és Különös Biztosítási Feltételeit, Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre Termékismertetőt, Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztatót, Kiegészítő ügyféltájékoztatót, Távértékesítési tájékoztatót, Nyilatkozat az ügyféltájékoztatásról, valamint Nyilatkozat az elektronikus kommunikációról elnevezésű dokumentumokat.

Alkoholizmus: szesztartalmú italok rendszeres fogyasztásához köthető, szomatikus-pszichés kóros elváltozások együttese, amikor a testi-lelki megbetegedés, károsodás kóroki tényezőjeként az alkohol tartós és egészségre káros mértékű fogyasztása jelölhető meg.

Alternatív gyógyászat: orvosi és egészségügyi rendszerek, eljárások és termékek, melyek jelenleg nem tartoznak a hagyományos gyógyászat körébe és a standard eljárások közé, különösen, de nem kizárólagosan: akupunktúra, aroma-terápia, kiropraktika, homeopátiás gyógyászat, természetgyógyászat, Ájurvéda, hagyományos kínai gyógyászat, oszteopátia, kineziológia.

Baleset: a kockázatviselés ideje alatt a Biztosított akaratán kívül, hirtelen fellépő, olyan egyszeri külső fizikai és/vagy kémiai behatás, amelynek következtében az emberi szervezetben heveny módon anatómiai és funkcionális károsodás, maradandó elváltozás következik be. Nem minősül balesetnek a megemelés, a rándulás, a habituális ficam, a patológiás törés, a fertőző vagy fertőzéssel keletkezett betegség, a rovarcsípés, a fagyás, a kihűlés, a napszúrás, a nap általi égés, a hőguta, a szilárd, folyékony, légnemű anyagok bevétele miatti szándékos mérgezés, illetve sérülés, a Biztosított elme- vagy tudatzavarával összefüggésben bekövetkező esemény és az orvosi műhiba. Továbbá nem minősül balesetnek a Biztosított fegyverviselésének vagy fegyverhasználatának során, azzal összefüggésben bekövetkezett esemény, a Biztosított öngyilkossága vagy öngyilkossági kísérletből eredő sérülése.

Betegség: az emberi test és részeinek, működésének azonosítható és jellegzetes tünetekkel és/vagy tartós anatómiai és/vagy funkcionális elváltozással együtt járó rendellenessége, károsodása, melyet a megfelelő szakképesítéssel rendelkező orvos diagnosztizál és erősít meg. Jelen biztosítás vonatkozásában egy betegségnek kell tekinteni az azonos okból vagy egymással összefüggő okokból kialakult összes betegséget és sérülést. Ha egy betegséget ugyanaz vagy azzal összefüggő tényező okoz, mint egy korábbi betegséget (ideértve a korábbi betegség következményeit és a korábbi betegségből származó komplikációkat), akkor az új betegség a korábbi betegség folytatásának tekintendő, s nem egy önálló betegségnek.

Biztosítási ajánlat: az Egészségbiztosítási szerződést megalapozó, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttéhez szükséges minden lényeges adatot tartalmazó dokumentum, amelyen a Szerződő ajánlatot tesz az Egészségbiztosítási szerződés megkötésére.

Biztosítási díj: a Biztosító kockázatvállalásának ellenértéke, melyet a Szerződő köteles megfizetni.

Biztosítási esemény: a Biztosító által a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási eseményként meghatározott, a kockázatviselés tartama alatt bekövetkező váratlan esemény, amelynek bekövetkezése esetén a Biztosító a Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja, amennyiben szolgáltatási kötelezettsége egyébként fennáll.

Biztosítási év: két egymást követő biztosítási évforduló közötti időszak.

Biztosítási évforduló: minden naptári évben a kockázatviselés kezdetének naptári napja; amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.

Biztosítási hónap: két egymást követő biztosítási hónapforduló közötti időszak.

Biztosítási hónapforduló: minden naptári hónapban a kockázatviselés kezdetének megfelelő naptári nap; amennyiben az adott hónapban nincs ilyen nap, akkor a hónap utolsó napja.

Biztosítási időszak: az az időszak, amelyre a biztosítási díj vonatkozik. A biztosítási időszak egy biztosítási év, amely minden évben a biztosítási évforduló napján kezdődik és ettől számított egy évig tart.

Biztosítási kötvény: a Biztosító által kibocsátott, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttét és a biztosítási fedezet tartalmát igazoló dokumentum.

Csíravonalteszt: öröklődő (csíravonal) mutációk genetikai vizsgálata a személyre szabott rákkezeléshez, melynek célja, hogy feltárja a Biztosított öröklött hajlamát bizonyos rákos megbetegedésekre.
A genetikai vizsgálatot nyál- vagy vérmintából végzik. A Biztosított családtagjai is örökölhetik az azonosított mutációkat, így a teszt eredménye számukra is értékes információval szolgálhat.

Díjtétel: a fizetendő biztosítási díjat a Biztosító a biztosítási díjszámítás során határozza meg.
A díjtétel a biztosítási díj megállapításához alkalmazott egyik díjszámítási tényező. **Egyes esetekben a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint a Biztosító a díjtételt egyoldalúan módosíthatja, ez a módosítás a díjszámítás útján a biztosítási díj változását eredményezi.**

Egészségi nyilatkozat: a Biztosított egészségi kockázatainak felmérésére szolgáló dokumentum, mely a jelen Egészségbiztosításra vonatkozó ajánlat kockázatelbírálásának alapját képezi.

Egészségügyi dokumentum, dokumentáció: az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet és az Ellátásszervező, valamint a Biztosító tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.
Jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában, jogszabályokban meghatározott egészségügyi dokumentumok különösen, de nem kizárólagosan a hatályos magyar jogszabályokban is szabályozott következő iratok: ambuláns lap, kórházi zárójelentés, műtéti leírás, vizsgálati lap, ápolási, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, orvosi szakvélemény, laborlap, diagnosztikai vagy szövettani vizsgálatok során készült felvételek, vény (másolat), beutaló (másolat).

Egészségügyi ellátás: a Biztosított egészségi állapotához kapcsolódó, az egészségügyi, orvosszakma szabályainak és a hatályos egészségügyi jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően végzett és dokumentált egészségügyi tevékenységek összessége.

Egészségügyi kezelés: olyan, egészségügyi szakszemélyzet által végzett tevékenységek összessége, amelyek a diagnosztika eredményeit felhasználva a betegség, illetve baleseti következmény gyógyítására, a betegség vagy baleset okán kialakult állapot stabilizálására, a fájdalom (vagy egyéb panaszok) csillapítására irányulnak.

Ellátásszervező: a Biztosítóval kiszervezési szerződésben („Kiszervezési szerződés”) olyan szolgáltató, amely jogszerűen foglalkozik egészségügyi szolgáltatás és betegút szervezésével, és alkalmas a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi ellátások megszervezésére. Az Ellátásszervező a Biztosító által kiszervezett tevékenység keretében működik közre a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatások és egészségügyi ellátások megszervezésében. Az Ellátásszervező a kiszervezett tevékenység végzése során a tudomására jutott személyes adatokat és biztosítási titoknak minősülő információkat a hatályos jogszabályoknak megfelelően kezeli. A Biztosítónak jogában áll a fenti elvárásoknak megfelelő Ellátásszervezőt bármikor egyoldalúan – a Szerződő, illetve a Biztosított hozzájárulása nélkül – meghatározni és módosítani. A mindenkor aktuális Ellátásszervező és az Ellátásszervező elérhetőségei a Biztosító honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu oldalon) kerülnek megnevezésre és feltüntetésre.
Az Ellátásszervező eljárására vonatkozó határidőkre a mindenkori aktuális Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályokat kell figyelembe venni a munkanapok számítására, munkaszüneti napokra és nemzeti ünnepekre vonatkozóan. Jelen Biztosítási Feltételek hatálybalépésének időpontjában az Ellátásszervező: **FURTHER Underwriting International S.L.U.**, (székhely: Paseo Recoletos 12, 28001 Madrid, Spanyolország). Mivel az itt megnevezett Ellátásszervező székhelye Spanyolország, az Ellátásszervező eljárására vonatkozó határidőkre a spanyol szabályokat kell figyelembe venni a munkanapok számítására,

munkaszüneti napokra és nemzeti ünnepekre vonatkozóan. A Biztosító az Ellátásszervező részére a szolgáltatásaiért megbízási díjat fizet, ez a díj a Szerződő által fizetett biztosítási díjban figyelembevételre kerül; amennyiben a megbízási díj változik, úgy ez a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-ában meghatározott módon hatással lehet a Szerződő által fizetendő biztosítási díjra.

Előzetes fedezetigazolás: az Ellátásszervező által, a megszervezett külföldi gyógykezelés megkezdése előtt kibocsátott, írásos dokumentum, mely igazolja az igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások, gyógykezelések, terápiás tervek biztosítási fedezetének fennállását.

Esetfelelős: az Ellátásszervező által kijelölt személy, aki támogatást nyújt a Biztosított részére a biztosítási szolgáltatás igénybevétele érdekében.

Fedezetfeltöltés: jelen Egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.

Fogyasztó: a szakmája, önálló foglalkozása vagy üzleti tevékenysége körén kívül eljáró természetes személy.

Génterápiás készítmények: olyan géneket tartalmazó készítmények, melyek rekombináns gének szervezetbe történő juttatásával terápiás, megelőző vagy diagnosztikus hatást fejtenek ki. A rekombináns gén egy laboratóriumban létrehozott DNS- vagy RNS-szakasz, amely különböző forrásokból származó DNS-t vagy RNS-t egyesít.

Gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények: olyan szer vagy szerek kombinációja, melyek kizárólag orvosi rendelvény ellenében hivatalos gyógyszertárban beszerezhetőek, és amelyeket gyógyszertani, immunológiai vagy metabolikus hatás révén a fiziológiai funkciók visszaállítása, javítása vagy módosítása céljából vagy orvosi diagnózis felállításához alkalmaznak a Biztosítottnál. Originális gyógyszerre vagy gyógyászati készítményre vonatkozó, orvosi rendelvény helyett igénybe vehető olyan generikus gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény is, melynek (Magyarország esetén OGYEI engedéllyel is igazoltan) hatóanyaga, erőssége és adagolásának módja azonos az originális gyógyszerével.

Helyreállító műtét: olyan eljárás, melynek célja szervek és szövetek struktúrájának helyreállítása a funkcióvesztés korrigálása érdekében.

Hozzátartozó: a közeli hozzátartozó, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa.

Kardiológus szakorvos: ez irányú végzettséggel rendelkező orvos, aki a szív- és érrendszeri rendellenességek, betegségek diagnosztizálására és kezelésére specializálódott.

Kezelési terv: az orvosok és egészségügyi szakemberek által készített, a Biztosított állapotának kezelésére szóló előzetes fedezetigazolás részét képző dokumentáció, mely tartalmazza a gyógykezelések tervezett számát, típusát, formáját, a diagnosztikus vizsgálatok számát, típusát, formáját, illetve fentiek időbeni tervezett menetrendjét. A kezelési terv a Biztosított állapotának függvényében az eredeti kezelési tervhez képest több alkalommal is megváltozhat.

Kiméra antigénreceptorral felruházott T-sejt (CAR-T) sejtterápia: olyan kezelési mód, melynek során genetikailag úgy módosítják a beteg véréből levett T-sejteket (amely az immunrendszer sejtjeinek egy fajtája), hogy újfajta receptoraikkal képesek legyenek a daganatsejtek felismerésére és elpusztítására, miután visszajuttatják őket a beteg vérébe.
A CAR T-sejtes kezelés lényege, hogy a beteg szervezetéből kinyerik a T-sejteket, ezt követően laboratóriumban módosítják a beteg T-sejtjeit azáltal, hogy olyan gént juttatnak be, amely hatására a T-sejtek elkezdenek daganatellenes receptorokat termelni. A betegbe infúzió formájában juttatják vissza a módosított T-sejteket.

Kiméra antigénreceptorral felruházott T-sejt (CAR T-sejt) jóváhagyott protokoll: a CAR T-sejt terápia alkalmazása, beleértve a gyógyszer egyszeri infúzióját, valamint az infúzió és gyógyszeres kezelés előtti szakaszokat, továbbá az infúzió utáni monitorozási fázist, szigorúan betartva az adott ország illetékes egészségügyi hatósága által kiadott gyógyszerészeti engedélyben meghatározott irányelveket.

Kísérleti gyógyellátás: orvosi, egészségügyi és műtéti felhasználásra, használatra szánt eljárások, folyamatok, kezelések, eszközök, gyógyszerek és gyógyszerészeti termékek, melyeket a nemzetközi orvosszakma

által elismert különböző tudományos szervezetek még nem fogadtak el általánosan biztonságos, hatékony és megfelelő módszernek a betegségek és sérülések gyógyítására, kezelésére. Azok a módszerek is idetartoznak, melyek kutatási, tesztelési fázisban vagy klinikai kísérletek bármelyik fázisában vannak.

Kísérő: a Biztosított által megjelölt, egy nagykorú személy, aki elkíséri a Biztosítottat a külföldi gyógykezelésre, valamint a Precíziós medicina szolgáltatás keretében igénybe vett klinikai kutatás helyszínére, amennyiben az a lakóhelytől 100 km-nél távolabb található.

Kizárás: olyan, a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott helyzet vagy állapot, illetve körülmény, melyre az Egészségbiztosítás nem nyújt fedezetet. Kizárt kockázatok esetén a Biztosító szolgáltatást nem teljesít.

Kognitív zavarok: olyan rendellenességek, melyek jelentősen és oly mértékben rontják az egyén kognitív funkcióit, hogy társadalmi beilleszkedése kezelés nélkül lehetetlen (meghatározás a „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)" című könyv legfrissebb verziója szerint).

Kórház: az egészségügyi ellátás országában illetékes hatóság és szakmai felügyelet által elismert, működési, hatósági engedéllyel rendelkező fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény, amely állandó orvosi jelenlét mellett, állandó orvosi irányítás és felügyelet alatt áll, és megfelelő diagnosztikai és terápiás lehetőséggel rendelkezik, valamint kizárólag az orvostudomány általánosan elfogadott módszereit alkalmazva működik. Jelen Egészségbiztosítás szempontjából nem minősülnek kórháznak – még abban az esetben sem, ha azokban kórházi fekvőbeteg-ellátást végeznek – a szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyfürdők, gyógyüdülők, alkohol- és kábítószer-függőséget kezelő intézmények, a psychiátriai/mentális betegek gyógy- és gondozóintézetei, a geriátriai intézetek, illetve a kórházak fenti jellegű szolgáltatást nyújtó osztályai és a szociális otthonok.

Kórházi ápolás: az egészségügyi ellátás országának kórházában legalább egy éjszakányi kórházi benntartózkodást szükségessé tevő gyógykezelés a külföldi gyógykezelési szolgáltatás keretében.

Közeli hozzátartozó: a házastárs, az egyeneságbeli rokon, az örökbefogadott, a mostoha- és a nevelt gyermek, az örökbefogadó-, a mostoha- és a nevelőszülő és a testvér.

Külföldi gyógykezelés: orvosszakmai szempontból indokolt, Magyarországon kívül végrehajtott, az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett és az Ellátásszervező által kórházban megszervezett egészségügyi ellátás.

Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatás: a Biztosító az Ellátásszervezőn keresztül azon, az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódó szolgáltatása, melynek keretében a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározottak szerint megszervezi és finanszírozza a Biztosított külföldi gyógykezelését, ideértve a Biztosított és jogosult Kísérő (szállodai) elhelyezését és utazását.

Külföldi kezelőorvos: a Biztosított által választott országban a Biztosított kezelését végző orvos, aki orvosi szakképesítéssel és az illetékes egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel rendelkezik, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek megfelelően nyújt egészségügyi szolgáltatásokat.

Külföldi kórház: Magyarországon kívüli kórház.

Magánkórház: olyan egészségügyi intézmény, amelyet nem az állam, hanem magánszemélyek vagy magánvállalatok működtetnek.

Második orvosi szakvélemény szolgáltatás: azon, az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott betegségekhez kapcsolódó szolgáltatás, melynek keretében egy, a szóban forgó betegség ellátásában jártas, a betegségnek megfelelő szakképesítéssel és működési engedéllyel rendelkező szakorvos részletesen áttekinti a Biztosított orvosi dokumentációit, majd a korábbi diagnózishoz kapcsolódó második orvosi szakvéleményt állít ki.

Megelőző terápiák: bármilyen orvosi eljárás vagy gyógyszerhasználat, amely kizárólag a rák kialakulása kockázatának csökkentésére irányul. Ilyen például különösen, de nem kizárólagosan a profilaktikus (megelőző) műtét, amely során olyan szöveteket vagy szerveket távolítanak el, amelyek jelenleg nem tartalmaznak rákos sejteket.

Meglévő betegség: olyan betegség vagy egészségi állapot, melyet az Egészségbiztosítás kockázatviselésének kezdetét megelőző 10 évben kivizsgáltak vagy diagnosztizáltak, kezeltek, továbbá minden olyan betegség vagy egészségi állapot, amelynek orvosilag dokumentált tünetei a kockázatviselés kezdetét megelőző 10 évben jelentkeztek.

Módosított szövet alapú készítmények: olyan sejteket vagy szöveteket tartalmazó készítmények, mely sejteket vagy szöveteket úgy módosítottak, hogy alkalmasak legyenek emberi szövetek helyreállítására, regenerálására vagy pótlására.

Műtét: orvos által a mindenkori orvosszakmai szabályoknak megfelelően kórházban végzett sebészeti jellegű, invazív, terápiás célú beavatkozás, amelyet betegség, egészségügyi károsodás kezelése (pl. gyógyítás, funkció javítás, tünetek megszüntetése) céljából hajtottak végre, és amelynél a beavatkozást végző orvos és kórház a szükséges hatályos, érvényes engedélyekkel rendelkezik.

Nem invazív és „in situ" rosszindulatú daganat: szövettani vizsgálattal igazolt, olyan rosszindulatú vagy a rosszindulatúság bizonyos kritériumainak megfelelő daganat, mely nem terjed tovább azon sejtrétegről, ahol kialakult, és nem támadja meg a szövetközti állományt vagy a környező szöveteket vagy környező ereket, nyirokereket.

Online Egészségportál [1]**:** az Ellátásszervező által üzemeltetett olyan internetes felület, ahol a Biztosított a felületre történő és az Ellátásszervező részére megadott regisztrációt követően az ellátásszervezéshez kapcsolódó nyilatkozatait megteheti, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásokat megigényelheti, hiánypótlásoknak eleget tehet, az igény elbírálásához szükséges egészségügyi dokumentumokat feltöltheti.

Orvos: olyan szakember, aki orvosi szakképesítéssel és az illetékes egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel rendelkezik, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai feltételeknek megfelelően nyújt egészségügyi szolgáltatásokat.

Orvosszakma: orvosi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) feltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

Orvosszakmai szempontból indokolt egészségügyi szolgáltatás az alábbi ismérvek mindegyikének megfelelő olyan egészségügyi szolgáltatás:

- melyet abból a célból írtak elő, hogy az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett, a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott betegségek kezelésével és a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott orvosi beavatkozások elvégzésével javítsák a Biztosított egészségi állapotát;
- amely hatékonynak bizonyult az egészségi állapot javításában, valamint az alkalmazott eljárások jellegét, rendszerességét és hosszát tekintve, összhangban van a diagnózissal az orvosi szakirodalom alapján, továbbá tudományosan alátámasztott amerikai, brit és európai irányelvek [2] alapján;
- amelyek a hasonló eredményeket elérő alternatív gyógykezelésekkel (ideértve a kezelés hiányát) összehasonlítva költséghatékonyabbak;
- amelyek a Biztosított és/vagy orvosa kényelmét szolgáló okokon túl egyéb okok miatt szükségesek.

Önmagában az a tény, hogy egy orvos ajánl, előír, elfogad vagy elvégeztet egy egészségügyi ellátást, nem jelenti szükségszerűen azt, hogy az a jelen Biztosítási Feltételek alapján orvosszakmai szempontból indokoltnak minősül.

---

1 Jelen szabályzat hatálybalépésekor az Online Egészségportált az Ellátásszervező által működtetett Trustedoctor platform szolgálja ki.

2 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology irányelvek gyűjteménye.

Precíziós medicina szolgáltatás (személyre szabott orvoslás): az Ellátásszervező megszervezi és finanszírozza a Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ának (1) b) (iii) pontjában meghatározott rosszindulatú daganatos betegségek bizonyos formáival diagnosztizált személyek számára molekuláris profilalkotás elvégzését annak érdekében, hogy a hagyományos, mindenki számára egyformán alkalmazható terápiákkal ellentétben az egyén igényeinek leginkább megfelelő, olyan személyre szabott kezelési tervet állítson fel, amellyel elkerülhetőek a felesleges kezelések és azok mellékhatásai.
A szolgáltatás lehetőséget biztosíthat a megfelelő klinikai vizsgálatok értékelésére, valamint az ezekhez kapcsolódó orvosi és nem orvosi költségek biztosítására.

Protézis: olyan eszköz, amely egy emberi szerv egészét vagy részét, vagy egy működésképtelen és diszfunkcionáló testrész funkcióját részben vagy egészben helyettesíti, pótolja.

Sérülés: a Biztosított testét ért fizikai károsodás.

Szerződéshez regisztrált e-mail cím: az az e-mail cím, amelyet a Szerződő/Biztosított elektronikus kommunikáció céljából az erre vonatkozó nyilatkozatban az Egészségbiztosítási szerződéshez megadott.

Szolgáltatásfinanszírozás: a Különös Biztosítási Feltételekben biztosítási szolgáltatásként meghatározott költségek részben vagy egészben történő megtérítése a jelen Biztosítási Feltételek szerint.

Szolgáltatási időszak: a szolgáltatási időszak az adott fedezet vonatkozásában **attól a naptól kezdődik, amikor az Ellátásszervező jóváhagyja az első szolgáltatási igénybejelentést**. Ettől az időponttól számítva a szolgáltatási időszak **36 hónapig tart**. Minden, a Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ában meghatározott **fedezethez külön szolgáltatási időszak kerül meghatározásra**. A biztosítás a szolgáltatási időszak alatt fedezi a jogos szolgáltatási igénnyel kapcsolatban felmerülő biztosítási szolgáltatásokat, a Szolgáltatási összeglimit mértékéig. Abban az esetben, ha a Biztosított az előzetes fedezetigazolás feltételei szerint kórházi kezelés alatt áll a szolgáltatási időszak lejártakor, az Egészségbiztosítás továbbra is fedezi a Szolgáltatási összeglimit erejéig a Különös Biztosítási Feltételek 28. §-ában meghatározott egészségügyi költségeket, a kezelési terv alapján a következő tervezett visszautazásig Magyarországra.

Szolgáltatási limitek (röviden Limitek): a Szolgáltatási összeglimit és a Szolgáltatási időszak együttesen.

Szolgáltatási összeglimit: a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában egyes – a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott – biztosítási fedezetek szolgáltatásaira és az adott Biztosítottra vonatkozóan a teljesítendő szolgáltatásaira felhasználható összeget (összeglimitet) állapít meg, melynek mértékét a biztosítási ajánlat, a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú melléklete, valamint a biztosítási kötvény tartalmazzák. Amennyiben az Ellátásszervező eurótól eltérő devizában finanszírozza a szolgáltatást, úgy az átváltás során az Európai Központi Bank hivatalos árfolyamát veszi figyelembe.

Szomatikus sejtterápiás készítmények: olyan sejteket vagy szöveteket tartalmazó készítmények, mely sejteket vagy szöveteket biológiai jellemzőik megváltoztatása érdekében manipuláltak, vagy amely sejteket vagy szöveteket nem ugyanazon alapvető funkciók ellátására szántak az emberi szervezetben. Ezen készítmények betegségek kezelésére, diagnosztizálására vagy megelőzésére használhatók.

Szomatikus teszt: szomatikus mutációk genetikai vizsgálata a személyre szabott rákkezeléshez.
A testi vagy szomatikus mutációk nem öröklődnek, hanem a test sejtjeiben halmozódnak fel az évek során. A szomatikus mutációk megjelenésének és felhalmozódásának oka, hogy az egészséges sejteknek az örökítőanyaga folyamatosan károsodik az élet során. A mintavételhez biopsziát alkalmaznak.

Távkonzultáció: nem személyes orvos-beteg találkozás útján megvalósuló konzultáció, amely létrejöhet telefonos vagy videókonzultáció formájában, a vonatkozó orvosszakmai szabályok betartásával.

Terápiás kezelések: bármilyen orvosszakmai terápia, amelynek célja a daganatos sejtek elpusztítása.

Terrorcselekmény: erőszakos, az emberi életet, anyagi és immateriális javakat, illetve infrastruktúrát károsító cselekmény vagy ilyennel történő fenyegetés, melynek célja kormányok és vállalkozások befolyásolása vagy a társadalom (egy részének) megfélemlítése.

Utógondozás szolgáltatás: nem gyógykezelést, hanem az Ellátásszervező által megszervezett és befejezett külföldi gyógykezelést követően nyújtott olyan, a külföldi gyógykezelés során kezelt betegség

vonatkozásában magyar Magánkórház vagy Külföldi kórház szakértelemmel rendelkező orvosa által felügyelt diagnosztikai, megfigyelési és/vagy elemző szolgáltatást jelent, amelynek célja a külföldi kezelőorvos által meghatározott utógondozási terv megvalósításán keresztül annak megállapítása, hogy a Biztosított külföldön kezelt betegsége tekintetében fennáll-e állapotának romlása vagy szövődménye.
Az utógondozási szolgáltatás célja, hogy a betegség esetleges kiújulását vagy visszatérését korai állapotban diagnosztizálni lehessen. Az utógondozási tervben meg kell jelölni az időközöket és a diagnosztikai eljárások típusát.

Várakozási idő: a Biztosító kockázatviselése az itt meghatározott kivétellel a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatások esetében az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttétől számított várakozási idő leteltét követően indul. Következésképpen az itt meghatározott kivétellel a Biztosító a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási esemény alapjául szolgáló, **a várakozási idő alatt történő** megbetegedés és orvosi diagnózis esetén **szolgáltatást nem nyújt**. **A várakozási idő 180 nap. Az Idegsebészeti műtétre, valamint Élődonoros szervátültetésre szóló egészségbiztosítási fedezetek esetében, amennyiben a kockázatviselés kezdetét követő 180 napon belül bekövetkező balesetből eredő megbetegedés miatt következik be a biztosítási esemény, a Biztosító szolgáltatást nyújt, amennyiben annak feltételei fennállnak, tehát nem alkalmaz várakozási időt ezen esetekre.**

Viszontbiztosítás: a Biztosító az általa vállalt kockázat egy részét vagy egészét viszontbiztosítási szerződésben meghatározott feltételek alapján viszontbiztosító részére átadja, ezért viszontbiztosítási díjat fizet, ez a díj a Szerződő által fizetett biztosítási díjban figyelembevételre kerül. Amennyiben a viszontbiztosítási díj változik, úgy ez a jelen Biztosítási Feltételek 10. §-ában meghatározott módon hatással lehet a Szerződő által fizetendő biztosítási díjra.

3. § Az Egészségbiztosítási szerződés alanyai

(1) **Szerződő:** az a fél, **aki a biztosítási ajánlatot a Biztosító felé megteszi és aki a biztosítási díj megfizetésére kötelezettséget vállal, valamint a Biztosító részére a Biztosító által lényeges szerződési feltételként meghatározott elektronikus kommunikáció (elektronikus úton megadott kommunikáció) érdekében megadja az e-mail címét és a telefonszámát**. A Szerződő csak fogyasztónak minősülő természetes személy lehet. **A Szerződő megegyezik a Biztosítottal.** Az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttét követően a Szerződő módosítására nincs lehetőség.

(2) **Biztosított:** azon természetes személy, akinek az egészségére, testi épségére a Biztosító kockázatviselése vonatkozik és akit a biztosítási ajánlatban Biztosítottként neveztek meg. A Biztosítottnak az Egészségbiztosítási szerződés megkötésekor már be kell töltenie a 18. életévét, és az Egészségbiztosítási szerződés csak akkor köthető meg, ha a Biztosított a kockázatviselés kezdetekor még nem töltötte be a 65. életévét. Az Egészségbiztosítási szerződés legfeljebb addig a biztosítási évfordulóig hosszabbodhat meg automatikusan, amely a Biztosított 85. születésnapját nem haladja meg.
A Felek lényeges, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy:
   (i) a Biztosított életkora megfeleljen az itt meghatározott életkori határnak,
   (ii) a Biztosított feleljen meg a teljes tartam alatt a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (1) bekezdésében foglalt feltételnek,

   azzal, hogy a Biztosító csak ezen lényeges szerződési feltételekkel köti meg az Egészségbiztosítási szerződést.
   Egy természetes személy egy időben csak egy Egészségbiztosítási szerződésben lehet Biztosítottként megnevezve, azaz egy adott Egészségbiztosítási szerződés hatálya alatt ezen Egészségbiztosítási szerződés Biztosítottja nem lehet Biztosított egy másik Egészségbiztosítási szerződésben.

(3) **Szolgáltatásra jogosult:** a biztosítási esemény bekövetkezte esetén a szolgáltatások igénybevételére jogosult személy, aki a Biztosított, illetve egyes szolgáltatási elemek esetében a Kísérő és az Élődonor. Az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttét követően nincs lehetőség a Szolgáltatásra jogosult személy módosítására.

4. § Az Egészségbiztosítási szerződés létrejötte és a kockázatviselés kezdete

(1) A Felek lényeges, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy **a Biztosítottnak a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel kell rendelkeznie,** a Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg az Egészségbiztosítási szerződést (azaz ennek hiányában az Egészségbiztosítási szerződést a Biztosító nem köti meg).

(2) Az Egészségbiztosítási szerződés a Biztosító és a Szerződő megállapodásával jön létre a jelen pont (4) bekezdésében meghatározott időpontban, vagy a jelen pont (5) bekezdésében meghatározottak szerint. Az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttét a Szerződő kezdeményezi azzal, hogy elektronikus úton ajánlatot tesz
   (i) a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével, vagy
   (ii) távértékesítés keretében a Biztosító Online szerződéskötési felületén.

(3) A Biztosító az ajánlattételt a Biztosított Egészségi nyilatkozatához köti. Az Egészségi nyilatkozaton feltett kérdésekre adott válaszok az ajánlat, illetve az Egészségbiztosítási szerződés részét képezik. Az Egészségügyi nyilatkozatban adott válaszok tekintetében a Biztosító előzetes automatikus kockázatelbírálást végez, akként, hogy amennyiben a Biztosított az Egészségi nyilatkozatban szereplő kérdések valamelyikére a válaszadást megtagadja, vagy bármely kérdésre „igen" választ ad, a Biztosító a kockázatot nem vállalná, így az ajánlatfelvétel nem folytatható, emiatt a Szerződő ajánlatot nem tud tenni az Egészségbiztosítási szerződés megkötésére a Biztosító felé.

(4) **Az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát biztosítási kötvény kiállítása pótolja. Az Egészségbiztosítási szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre.**
A Biztosító a kötvényt a Szerződő részére a Szerződéshez regisztrált e-mail címére küldi meg.

(5) Az Egészségbiztosítási szerződés ráutaló magatartással (hallgatólagosan) akkor is létrejön, ha a Biztosító az ajánlatra annak beérkezésétől számított 15 naptári napon belül nem nyilatkozik, feltéve, hogy az ajánlatot a jogviszony tartalmára vonatkozó, jogszabályban előírt tájékoztatás birtokában, a Biztosító szerződéskötést támogató elektronikus felületén vagy az Online szerződéskötési felületén rögzített adatok alapján és a díjszabásnak megfelelően tették. Ilyen esetben az Egészségbiztosítási szerződés – az ajánlat szerinti tartalommal – az ajánlatnak a Biztosító részére történt átadása időpontjára visszamenő hatállyal jön létre. A Biztosító kockázatviselésének kezdete a jelen paragrafus (12) bekezdésében foglaltak szerint alakul.

(6) Ha a Biztosító kifejezett nyilatkozata nélkül létrejött Egészségbiztosítási szerződés eltér a jelen Általános Biztosítási Feltételektől vagy a Különös Biztosítási Feltételektől, a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttétől számított 15 naptári napon belül írásban javasolhatja, hogy az Egészségbiztosítási szerződést a jelen Általános Biztosítási Feltételeknek és a Különös Biztosítási Feltételeknek megfelelően módosítsák. Ha a Szerződő a javaslatot nem fogadja el, vagy arra 15 naptári napon belül nem válaszol, az elutasítástól, illetőleg a módosító javaslat kézhezvételétől számított 15 naptári napon belül a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződést 30 naptári napra írásban felmondhatja.

(7) Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen paragrafus (2) (i) pontja szerint, **a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történik, akkor a Biztosító kockázatviselése (az Egészségbiztosítási szerződés hatálybalépésének időpontja) a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 0:00 órájától kezdődik meg,** kivéve azon eseteket, amikor a Biztosító várakozási időt alkalmaz – feltéve, hogy az Egészségbiztosítási szerződés létrejött vagy utóbb létrejön. A kockázatviselés kezdete a biztosítási kötvényben is feltüntetésre kerül.

(8) Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen paragrafus (2) (ii) pontja szerint, a **Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történik, a Biztosító kockázatviselése (az Egészségbiztosítási szerződés hatálybalépésének időpontja) a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét követő nap 0:00 órájától kezdődik meg,** kivéve azon eseteket, amikor

a Biztosító várakozási időt alkalmaz – feltéve, hogy az Egészségbiztosítási szerződés létrejött vagy utóbb létrejön. A kockázatviselés kezdete a biztosítási kötvényben is feltüntetésre kerül.
Az első esedékes biztosítási díj díjelőlegként történő megfizetése feltétele a biztosítási ajánlat megtételének.

(9) Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen paragrafus (2) (i) pontja szerint, **a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történik,** a szerződő Felek az első díj tekintetében halasztásban állapodnak meg, amelyet a Szerződőnek a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-ának (4) bekezdésében meghatározott díjfizetési határidőig kell teljesítenie. Nemteljesítés esetén a jelen Általános Biztosítási Feltételek 11. §-ában meghatározott fizetési késedelem szabályai az irányadók. Abban az esetben, ha a Szerződő az első díjat az Egészségbiztosítási szerződés létrejötte előtt megfizeti, ezt az összeget a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttének napjáig kamatmentes előlegként kezeli. Ha az Egészségbiztosítási szerződés létrejön, a Biztosító a díjelőleget a biztosítás díjába beszámítja, amennyiben azonban nem jön létre, abban az esetben a Biztosító azt az ajánlat elutasításának napjától számított 30 naptári napon belül kamatok nélkül fizeti vissza a Szerződő részére (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak).

(10) Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen paragrafus (2) (ii) pontja szerint, **a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történik,** a Biztosító díjhalasztást nem ad, a Szerződőnek a szerződés első díját díjelőlegként az elektronikus úton történő ajánlattétel során, az ajánlat megtételével egyidejűleg, az ajánlathoz szükséges nyilatkozatok elfogadását követően kell megfizetnie a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú mellékletében meghatározott módon. Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés létrejön, a Biztosító a díjelőleget a biztosítás díjába beszámítja, amennyiben azonban nem jön létre, abban az esetben a Biztosító azt az ajánlat elutasításának napjától számított 30 naptári napon belül kamatok nélkül fizeti vissza a Szerződő részére (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak).

(11) A Biztosító a biztosítás díját azon a napon tekinti megérkezettnek, amikor a díjat a Biztosító számláján jóváírják.

(12) **Amennyiben a Biztosító számára utólag kiderül, hogy ugyanazon természetes személy egy időben egyszerre több élő és érvényes Egészségbiztosítási szerződésben is Biztosítottként került megnevezésre, az utóbb kötött Egészségbiztosítási szerződés(ek) érvénytelennek minősül(nek), és a Biztosító kockázatviselése ezen érvénytelen szerződés(ek) vonatkozásában megszűnik a kockázatviselés kezdetére visszamenőlegesen.**

5. § Az Egészségbiztosítási szerződés alanyainak jogai és kötelezettségei

A Szerződő joga és kötelezettsége

(1) A Szerződő a biztosítási díj fizetésére köteles.

(2) A Szerződő köteles a szerződéskötéskor, majd azt követően az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt közlési és változásbejelentési kötelezettségének eleget tenni a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6. §-ában foglaltak szerint. A Szerződő nem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

A Biztosító joga és kötelezettsége

(3) A Biztosító köteles az Egészségbiztosítási szerződésben meghatározott kockázatokra fedezetet nyújtani, és az egyes Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselés kezdetét követően bekövetkező biztosítási esemény esetén az Egészségbiztosítási szerződésben meghatározott szolgáltatásokat teljesíteni, amennyiben a szolgáltatás feltételei fennállnak.

A Biztosított joga és kötelezettsége

(4) A Biztosított köteles az ajánlat megtételekor, majd azt követően az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt közlési és változásbejelentési kötelezettségének eleget tenni a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6. §-ában foglaltak szerint. A Biztosított nem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet elmulasztott a Biztosítóval közölni, noha arról tudnia kellett, és a közlésre vagy bejelentésre köteles lett volna.

(5) A Biztosított jogosult a Különös Biztosítási Feltételekben szereplő biztosítási esemény bekövetkezése esetén a biztosítási szolgáltatás iránti igénnyel élni a jelen Általános Biztosítási Feltételek 16. §-a szerint.

(6) A Biztosított köteles a jelen Általános Biztosítási Feltételek 16. §-a szerinti kármegelőzési és károsítási kötelezettségének eleget tenni.

Az Ellátásszervező hatásköre

(7) Az Ellátásszervező a Biztosító megbízása alapján jogosult elbírálni a biztosítási fedezet körébe vont szolgáltatási igény jogalapját, illetve a szolgáltatások szervezésének és azok költségének megtérítését.

(8) Az Ellátásszervező a Biztosító megbízása alapján mérlegelési jogával élve a jelen Általános Biztosítási Feltételek 17. §-ában, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben megtagadhatja a szolgáltatás megszervezését és a költségek megtérítését.

(9) Nem terjed ki az Ellátásszervező és a Biztosító felelőssége az egészségügyi szolgáltatók által végzett orvosszakmai tevékenységre, illetve az egészségügyi szolgáltatók által a szolgáltatás teljesítése során esetlegesen a Biztosítottnak okozott károkra.

(10) A Biztosító kifejezetten felhívja a figyelmet arra, hogy az egészségügyi szolgáltatók, valamint ezek alkalmazottja, megbízottja, alvállalkozója által a jelen Biztosítás Feltételekben meghatározott szolgáltatások, valamint az utazás során az egyes közlekedési eszközök, továbbá szállás igénybevétele során okozott károkért nem felel, azokért kizárólag az adott szolgáltató köteles helytállni a vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezései szerint.

6. § A Szerződő és a Biztosított közlési és változásbejelentési kötelezettsége

(1) A Szerződő és a Biztosított köteles közlési és változásbejelentési kötelezettségének eleget tenni. A Biztosított az egészségi állapotában történt változást nem köteles a Biztosítónak bejelenteni.

(2) Közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított köteles az Egészségbiztosítási szerződés megkötésekor, továbbá az Egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatos szolgáltatási igény bejelentésekor közlési kötelezettségének eleget tenni. A közlési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított az Egészségbiztosítási szerződés megkötésekor köteles – a kockázat elvállalása és a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényeges – minden olyan körülményt a Biztosítóval közölni, amelyeket ismert, vagy ismernie kellett. A Biztosító kérdéseire adott és a valóságnak megfelelő válaszokkal a Felek a közlési kötelezettségüknek eleget tesznek. A kérdések megválaszolatlanul hagyása önmagában nem jelenti a közlési kötelezettség megsértését.

(3) A Biztosító jogosult a Szerződő és Biztosított közlési kötelezettségének teljesítése során közölt adatok ellenőrzésére.

(4) Változásbejelentési kötelezettség alapján a Szerződő és a Biztosított köteles az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt írásban bejelenteni a biztosítási ajánlaton, illetve az Egészségbiztosítási szerződésben szereplő lényeges körülmények megváltozását, továbbá a személyi adataiban, cselekvőképességében beállott változásokat a tudomásszerzéstől számított 30 naptári napon belül a Biztosító felé.

(5) Lényeges körülménynek minősül mindaz, amire vonatkozóan a Biztosító az ajánlat megtételekor kérdést tett fel, így különösen a Szerződő e-mail címe, telefonszáma, a Biztosított lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhelye és a Biztosított szerződéskötéskor megadott adatai, valamint a Szerződő/Biztosított cselekvőképességének megváltozása.

(6) A Szerződő, illetve a Biztosított adataiban történő változásbejelentés elmulasztásának következményei a Szerződőt, illetve a Biztosítottat terhelik.

(7) A közlésre vagy a változás bejelentésére irányuló kötelezettség megsértése esetén a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll be, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosított bizonyítja, hogy az elhallgatott vagy be nem jelentett körülményt a Biztosító a szerződéskötéskor ismerte, vagy az nem hatott közre a biztosítási esemény bekövetkeztében.

(8) A Biztosító a közlési, illetve a változásbejelentési kötelezettség megsértéséből eredő jogait az érintett biztosítási kockázatra vonatkozóan csak a közlési, illetve a változásbejelentési határidő leteltét követő öt (5) éven belül gyakorolhatja.

7. § Lényeges körülmények felmerülése, megváltozása

(1) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást arról, hogy a Biztosított az életkorát helytelenül vallotta be, vagy ha a Biztosított nem rendelkezett a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel, és emiatt az Egészségbiztosítás nem jöhetett volna létre, akkor

(i) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (i) pontja szerint, **a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történt,** az Egészségbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal, vagy

(ii) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (ii) pontja szerint, **a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történt,** az Egészségbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal

automatikusan megszűnik, és az Egészségbiztosítási szerződésre addig már befizetett díjakat a Biztosító visszafizeti a Szerződő részére a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-ának (11) bekezdése szerinti módon.

(2) Amennyiben a Biztosító az életkor helytelen bevallása miatt az Egészségbiztosítási szerződésre a valós életkor alapján fizetendő biztosítási díjnál alacsonyabb biztosítási díjat állapított meg, de az Egészségbiztosítási szerződés a valós életkorral, a jelen Biztosítási Feltételek szerint létrejöhetett volna, úgy a Biztosító a tudomására jutástól számított 15 naptári napon belül elektronikus úton a Szerződéshez regisztrált e-mail címen tájékoztatja a Szerződőt a valós életkor alapján fizetendő biztosítási díjról és felszólítja annak, valamint a keletkezett díjkülönbözet befizetésére, fizetési határidő megadásával. A Biztosító a díjkülönbözet számítása során a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-ában meghatározott díjemeléseket is figyelembe veszi.
Amennyiben a Szerződő a díjkülönbözetet és/vagy a valós életkor alapján számított díjat nem fizeti be, a Biztosító a jelen Általános Biztosítási Feltételek 11. §-ában meghatározott díjnemfizetés következményeit alkalmazza. Amennyiben a Biztosító az életkor helytelen bevallása miatt magasabb biztosítási díjat állapított meg, de az Egészségbiztosítási szerződés a valós életkorral a szerződés feltételei szerint is létrejöhetett volna, úgy a Biztosító a tudomására jutástól számított 15 naptári napon belül elektronikus úton tájékoztatja a Szerződőt a valós életkor alapján fizetendő biztosítási díjról, és a keletkezett díjkülönbözetet a következő esedékes díj(ak)ban jóváírja.

(3) Ha a Biztosító a szerződéskötés után szerez tudomást az Egészségbiztosítási szerződést érintő lényeges körülményekről, továbbá, ha lényeges körülmények változását közlik vele, és ezek a körülmények a Biztosító kockázatelbírálása alapján a biztosítási kockázat jelentős növekedését eredményezik, úgy a Biztosító a tudomásszerzéstől számított 15 naptári napon belül javaslatot tehet az Egészségbiztosítási szerződés módosítására, vagy az Egészségbiztosítási szerződést 30 napra írásban felmondhatja.

(4) Ha a Szerződő a Biztosító módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 naptári napon belül nem válaszol, az Egészségbiztosítási szerződés vagy annak

a módosított javaslattal érintett része a módosító javaslat közlésétől számított 30. nap 24:00 órájakor megszűnik, ha a Biztosító erre a következményre a módosító javaslat megtételekor a Szerződő figyelmét felhívta.

(5) A Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés fenntartásának feltételeként határozza meg azt, hogy a Biztosítottnak a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel kell rendelkeznie. A Szerződő/Biztosított változásbejelentési kötelezettségként köteles annak megváltozását a Biztosító részére 30 naptári napon belül bejelenteni. Amennyiben a Biztosítottnak, a Biztosító által lényeges szerződési feltételként meghatározott, magyarországi lakóhelye megszűnik, az Egészségbiztosítási szerződés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-a szerint megszűnik.

(6) A Biztosító kizárólag azzal a feltétellel köt Egészségbiztosítási szerződést, hogy a Szerződő nem áll semmilyen:
- az ENSZ határozataiban rögzített szankció, korlátozás vagy tilalom alatt; vagy
- az EU vagy az USA által kihirdetett bármilyen kereskedelmi vagy gazdasági szankció, illetve törvény, jogszabályi szankciós rendelkezés hatálya alatt, ideértve az EU pénzügyi szankciós rendeleteit és a U.S. Department of the Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) által kiadott egységes szankciós listát is.

(7) Az Egészségbiztosítási szerződés megszűnik, amennyiben a Szerződő az Egészségbiztosítási szerződés megkötését követően a jelen paragrafus szerinti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alá kerül. Ilyen esetben az Egészségbiztosítási szerződés megszűnésének időpontja a szankció, a korlátozás vagy a tilalom hatálybalépésének napja.

(8) A Biztosító nem teljesít szolgáltatást vagy egyéb kifizetést, amennyiben a Biztosított a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt áll. Az Egészségbiztosítási szerződésben nem lehet érvényesen megjelölni olyan Biztosítottat, szolgáltatásra jogosult egyéb olyan személyt (különösen, de nem kizárólagosan Kísérő, Élődonor), aki a fenti szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alatt áll.

8. § Az Egészségbiztosítás tartama, korhatárok

(1) Jelen biztosítás tartama egy (1) biztosítási év, amely minden évben további egy (1) biztosítási évre meghosszabbodhat az alábbiak szerint.

(2) A biztosítás tartama minden következő biztosítási évre automatikusan meghosszabbodik, kivéve, ha a Szerződő vagy a Biztosító a vonatkozó biztosítási év végét megelőző legalább 30 nappal a másik fél felé írásban jelzi, hogy nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani.

(3) A biztosítási tartam legfeljebb addig a biztosítási évfordulóig hosszabbodhat meg, amely nem haladja meg a Biztosított 85. születésnapját.

(4) Jelen biztosítás a Biztosított halálával megszűnik a halál napján 24:00 órakor.
A szerződés megszűnésének egyéb eseteit a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-a tartalmazza.

9. § Területi hatály

(1) A biztosítási eseményként meghatározott váratlan esemény a világon bárhol bekövetkezhet, azonban a Biztosító kizárólag a Magyarország területén kívül igénybe vett külföldi gyógykezelésekre nyújt fedezetet.
Kivételt képeznek ez alól az alábbi szolgáltatások, amelyek esetén a Biztosító fedezi a Magyarország területén felmerült alábbi költségeket:
- A Precíziós medicina szolgáltatás esetén a Különös Biztosítási Feltételek 28.2 pontjában meghatározott tesztek elvégzésének költsége, valamint a Biztosított és Kísérője utazásával és elszállásolásával kapcsolatosan felmerülő költségek.

- A külföldi gyógykezelés befejezését követően fedezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége a Különös Biztosítási Feltételek 28.3.4.1 pontjában meghatározottak szerint.
- A külföldi gyógykezelés befejezését követően utógondozás szolgáltatás költsége a Különös Biztosítási Feltételek 28.3.4.2 pontjában meghatározottak szerint.

10. § A biztosítás díja

(1) Az Egészségbiztosítási szerződés rendszeres díjfizetésű. A biztosítás rendszeres díja a biztosítási időszak egészére és előre esedékes, amelyet a Szerződő havi, negyedéves, féléves vagy éves gyakorisággal fizethet.

(2) A díjfizetés gyakoriságát a Szerződő határozza meg az ajánlattétel során.

(3) A biztosítás díja forintban fizetendő.

(4) Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (i) pontja szerint, **a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történik,** akkor az Egészségbiztosítási szerződés első esedékes díját a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 0:00 órájától számított 30 naptári napon belül kell megfizetnie a Szerződőnek, tekintettel arra, hogy a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 0:00 órájától kezdődik meg, kivéve azon eseteket, amikor a Biztosító várakozási időt alkalmaz.

(5) Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (ii) pontja szerint, **a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történik,** a Szerződőnek a szerződés első díját a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (10) pontjában meghatározottak szerint kell megfizetnie, tekintettel arra, hogy a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét követő nap 0:00 órájától kezdődik meg, kivéve azon eseteket, amikor a Biztosító várakozási időt alkalmaz.

(6) A biztosítási díj oszthatatlanságának elvéből kiindulva az egész biztosítási díjat meg kell fizetni a kockázatviselés kezdetétől, függetlenül a várakozási idő alkalmazásától. Minden későbbi díj pedig annak a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszaknak az első napján esedékes, amelyre a díj vonatkozik.

(7) A díjfizetés aktuális módját a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú melléklete tartalmazza, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, és ez esetben a változtatást megelőzően 30 nappal a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu oldalon) értesíti a Szerződőt.
A mindenkor aktuális 2. számú melléklet a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu oldalon) található. A Biztosító a 2. számú mellékletet egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthatja:
- új fizetési lehetőségek, módok bevezetése (az ügyféligények megváltozása által generált, a kor elvárásainak megfelelő technikai lehetőségek bevezetése), korábban alkalmazott fizetési módok megszüntetése;
- új bankszámla nyitása, korábbi megszüntetése;
- a közlemény rovat tartalmának módosítása (a befizetés technikai, a belső feldolgozási folyamatok változása miatt esetlegesen szükségessé váló módosításai);
- a fizetési szolgáltató változása.

(8) Amennyiben a díj a Szerződőnek felróható módon a Biztosító számlájára nem érkezik be, vagy a díj nem azonosítható be (nem a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú mellékletében megjelölt módon és az előírt azonosítókkal van ellátva), ennek felelősségét a Szerződő viseli.

(9) A biztosítás legfeljebb az Egészségbiztosítási szerződés utolsó biztosítási évfordulójáig / utolsó biztosítási tartam végéig fizetendő. Ha a biztosítási esemény bekövetkezik, és az Egészségbiztosítási szerződés megszűnik, a Biztosító az egész biztosítási időszakra járó díj megfizetését követelheti.

Az Egészségbiztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.

(10) Amennyiben a Szerződő a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő aktuális rendszeres díjat az esedékességet megelőzően a szerződésre beazonosítható módon befizeti, a Biztosító az így megfizetett díjat az esedékesség időpontjáig kamatmentes díjelőlegként kezeli. A díjesedékességkor a Biztosító ezt a díjelőleget a biztosítás díjába beszámítja.

(11) A biztosítási tartamon túli, illetve az Egészségbiztosítási szerződés megszűnésének egyéb eseteiben történő túlfizetéssel keletkezett díjakat a Biztosító az igénybejelentéstől számított 30 naptári napon belül kamatok nélkül (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak) fizeti vissza a Szerződő részére.

A biztosítási díjtétel és ezáltal a biztosítási díj módosítása a Biztosító által egyoldalúan

(12) Jelen biztosítás tartama egy biztosítási év. Az Egészségbiztosítási szerződés megkötésekor megállapított díjtétel és biztosítási díj az első biztosítási tartamra (biztosítási évre) érvényes, a biztosítás díjtétele és díja biztosítási évente változó.

(13) A Biztosító a kártapasztalatot mind az egyes Egészségbiztosítási szerződések, mind pedig a termék állományi szintjén vizsgálja. A Biztosító az így megállapított kártapasztalat előre nem látható romlása miatt a biztosítási évfordulón a kockázatközösség védelmében a további biztosítási tartamokra egyoldalúan új díjtételt állapíthat meg, ennek következtében a biztosítás díja változhat.

(14) Az egymást követő biztosítási tartamonként (biztosítási évenként) alkalmazott díjtételek és ezáltal a biztosítási díjak közti növekedés maximum 100%-os mértékű lehet.

(15) **A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a díjtételt és ezáltal a biztosítás aktuális díját biztosítási tartamonként (biztosítási évenként) minden biztosítási év első napjával kezdődő hatállyal egyoldalúan állapítsa meg az alábbiak szerint:**

a) **A díjtétel és ezáltal a biztosítási díj Biztosító általi egyoldalú módosítása esetén a Szolgáltatási összeglimit nem változik.** Amennyiben a Biztosító a további biztosítási tartamokra a jelen paragrafus (13)–(14) pontjaiban meghatározottak szerint egyoldalúan új díjtételt állapít meg, ennek következtében a biztosítás díja adott biztosítási évre vonatkozóan egyoldalúan változik.

b) **A biztosítási díj Biztosító általi egyoldalú módosítása az alábbi körülmények változása miatt:**

- **változnak az ellátásszervezői díjak,**
- **módosul a viszontbiztosítási díj,**
- **változik a biztosítási események bekövetkezési valószínűsége, különösen, de nem kizárólagosan, ha a vonatkozó törvényi szabályozás változásából vagy egyéb okból eredően a díjkalkulációnál használt statisztikában lényeges változás állna be,**
- **a külső szabályozási környezet olyan változása, amely adó-, közteher- és/vagy tőkeszükséglet-növekedéssel jár, mely befolyásolja, illetve befolyásolhatja a nyújtott szolgáltatások díját.**

A biztosítási díj Biztosító általi egyoldalú módosítása a Biztosított életkorának változásából eredően

(16) A Biztosító az első biztosítási évet követő biztosítási tartamokra (biztosítási évekre) vonatkozóan jogosult a jelen pontban meghatározottak szerint biztosítási évente egyoldalúan módosítani a biztosítás díját abból adódóan, hogy a Biztosított aktuális életkorához tartozó díjtételt alkalmazza.

(17) A fent meghatározottak szerint megállapított új biztosítási díjról a Biztosító legalább 60 nappal a biztosítási tartam (biztosítási év) vége előtt elektronikus úton értesíti a Szerződőt.
Amennyiben a Szerződő az új biztosítási díjat nem fogadja el, jogosult legkésőbb 30 nappal a biztosítási tartam (biztosítási év) vége előtt a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8. §-ának (1) pontjában meghatározottak szerint az automatikus meghosszabbítást elutasítani.
Ez esetben a biztosítás a biztosítási tartam végével (biztosítási év) megszűnik.

(18) Ha azonban a Szerződő a jelen paragrafus (17) pontjában meghatározott határidőig az új biztosítási díj vonatkozásában nem nyilatkozik, a következő biztosítási tartamra (biztosítási évre) a megváltozott díj érvényes, és a Szerződő ezen díj megfizetésére köteles.

11. § Fizetési késedelem

(1) Amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (i) pontja szerint, **a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történik,** valamint a Szerződő **az első biztosítási díjat a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 0:00 órájától** (jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (10) bekezdése) **számított 30 naptári napon belül nem fizeti meg**, a Biztosító a fizetési határidő lejáratát követő napon a Szerződő részére elektronikus úton értesítést küld a Szerződéshez regisztrált e-mail címére az első díj elmaradásáról, amelyben **30 napos póthatáridőt** tűz ki a teljesítésre, a következményekre történő figyelmeztetés mellett.

(2) Amennyiben az első díj az elektronikus úton küldött értesítésben meghatározott póthatáridőig nem érkezik meg a Biztosító számlájára, a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal megszűnik, a Biztosítónak szolgáltatási kötelezettsége biztosítási esemény kapcsán nem keletkezik, és az Egészségbiztosítási szerződés a kockázatviselés kezdetétől számított 61. naptári napon 24:00 órakor megszűnik. Erről a Biztosító a Szerződő részére elektronikus úton értesítést küld a Szerződéshez regisztrált e-mail címére.

(3) Amennyiben a Szerződő a rendszeres díjat az esedékességet követő 30. napig nem fizeti meg a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú mellékletében meghatározott módon, a Biztosító a fizetési határidő lejáratát követő napon a Szerződő részére elektronikus úton értesítést küld a Szerződéshez regisztrált e-mail címére a rendszeres díj elmaradásáról, amelyben 30 napos póthatáridőt tűz ki a teljesítésre, a következményekre történő figyelmeztetés mellett.
A rendszeres díj teljes vagy részleges elmaradása esetén, amennyiben a Szerződő az értesítésben meghatározott póthatáridőig az elmulasztott díjat nem fizeti meg a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú mellékletében meghatározott módon, akkor az Egészségbiztosítási szerződés az elmaradt díj esedékességétől számított 61. naptári napon 24:00 órakor megszűnik.
A Biztosító kockázatviselése ebben az esetben az első elmaradt rendszeres díj esedékességi napjának 00:00 órájára visszamenő hatállyal megszűnik. A Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés megszűnéséről elektronikus úton értesítőt küld a Szerződő részére a Szerződéshez regisztrált e-mail címére.

12. § Az Egészségbiztosítási szerződés módosítása

(1) Az Egészségbiztosítási szerződés módosítása a Felek közös megegyezésével, vagy csak a jelen paragrafusban megadottak szerint lehetséges, azzal, hogy bármilyen módosítás kizárólag a biztosítási évfordulón lehetséges.

A Szerződő módosítási lehetőségei

(2) A díjfizetés gyakoriságát és a díjfizetés módját, amennyiben a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú melléklete többféle díjfizetési módot tesz lehetővé, a Szerződő a díjfizetési tartam alatt a biztosítási évforduló előtt legalább 30 nappal írásban, a Biztosítónak megküldött kérelmében a következő biztosítási évtől kezdődően megváltoztathatja, azzal a feltétellel, hogy a jelen Egészségbiztosítás esedékes díjai a biztosítási évfordulóig kiegyenlítésre kerülnek.
A díjfizetés módjait a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 2. számú melléklete tartalmazza.

A Biztosítási Feltételek egyoldalú módosítása a Biztosító által

(3) **A Biztosítási Feltételek egy biztosítási tartamra (biztosítási évre) érvényesek.**
A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a Biztosítási Feltételeket évente, a következő biztosítási tartamokra (biztosítási évekre) vonatkozóan egyoldalúan módosítsa a jelen paragrafus (4)–(5) pontjaiban meghatározottak szerint.

(4) **A Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a jelen Egészségbiztosítás**
- **szolgáltatásait,**
- **összeglimiteket,**
- **biztosítási eseményeit,**
- **a szolgáltatás feltételeit,**
- **a szolgáltatás igénybevételének folyamatát és a szolgáltatási igény elfogadásának feltételeit, valamint**
- **a megváltozott szolgáltatási feltételek miatt a jelen Általános Biztosítási Feltételek 2. §-a szerinti fogalmakat, a 18. § szerinti kizárásokat, a 14. § szerinti biztosítási szolgáltatások igénybevételét,**

évente, a következő biztosítási tartamokra (biztosítási évekre) vonatkozóan egyoldalúan módosítsa abban az esetben, ha ez a kockázatközösség védelmében szükséges, továbbá, hogy a biztosítási szolgáltatás lépést tartson az orvostechnika és az orvostudomány fejlődésével, ha jogszabályváltozás miatt szükséges a módosítás, illetve, ha a Biztosító Ellátásszervezővel kötött szerződése módosul vagy megszűnik, és emiatt a jelen Egészségbiztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatóak, illetve ha az új Ellátásszervező partnerrel kötött szerződésben vállalt szolgáltatások eltérőek, és emiatt a jelen biztosítás szolgáltatásai változatlan feltételekkel már nem nyújthatóak. A folyamatban levő szolgáltatásokat a Biztosítási Feltételek fentiek szerinti módosítása nem érinti, kivéve, ha jogszabályváltozás miatt szükséges a módosítás.

(5) **A Biztosító abban az esetben is módosíthatja egyoldalúan a Biztosítási Feltételeket azok pontosítása és egyértelműsítése érdekében, ha a Biztosítóhoz megküldött panaszok, a Pénzügyi Békéltető Testület, a bíróság, illetve egyéb hatóságok eljárásaiban megtett megállapításaik és a Magyar Nemzeti Bank felügyeleti eljárásaiban megtett megállapításai, kötelezései és ajánlásai alapján megállapítható, hogy a Biztosítási Feltételek rendelkezései nem egyértelműek, illetve nem pontosak, továbbá, ha arra jogszabályváltozás, vagy a Felek elérhetőségi adatainak változása miatt szükség van.**

(6) **A Biztosítónak jogában áll az Ellátásszervezőt bármikor egyoldalúan – a Szerződő, illetve a Biztosított hozzájárulása nélkül – meghatározni és módosítani. A mindenkor aktuális Ellátásszervező és az Ellátásszervező elérhetőségei a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu oldalon) kerülnek megnevezésre és feltüntetésre.**

Az Egészségbiztosítási szerződés módosításának folyamata a Biztosító egyoldalú módosítása esetén

(7) A Biztosító a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 60 nappal a Szerződéshez regisztrált e-mail címen elektronikus úton tájékoztatja a Szerződőt a jelen paragrafus (2)–(5) pontjaiban ismertetett Biztosítási Feltételek módosulásáról.
A Biztosító az Ellátásszervező a jelen paragrafus (6) pontjában ismertetett módosítása esetén a módosítást megelőzően legkésőbb 60 nappal erről a Szerződőt a Szerződéshez regisztrált e-mail címen elektronikus úton tájékoztatja.

(8) Amennyiben a Szerződő a Biztosító módosítási javaslatát az évforduló előtt legkésőbb 15 nappal nem utasítja el, a Biztosító a módosult Biztosítási Feltételeket tekinti érvényesnek a következő biztosítási tartamra (biztosítási évre), melyről a Biztosító módosított biztosítási kötvényt állít ki, amennyiben a módosítás a korábban kiállított biztosítási kötvény tartalmát érinti.

(9) Amennyiben a Szerződő a Biztosító módosítási javaslatát a biztosítási évforduló előtt legkésőbb 15 nappal írásban elutasítja, az Egészségbiztosítási szerződés a biztosítási évforduló napján 24:00 órakor megszűnik.

13. § Az Egészségbiztosítási szerződés megszűnésének esetei

Szerződő elállási joga

(1) A Szerződőnek lehetősége van a jelen Általános Biztosítási Feltételek alapján a biztosítási kötvény kiküldésétől számított 30 naptári napon belül indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül azonnali hatállyal az Egészségbiztosítási szerződéstől elállni a Biztosítóhoz címzett postai levélben vagy személyesen, vagy **Szerződéshez regisztrált e-mail címéről vagy ettől eltérő e-mail cím esetén írásbelinek minősülő** elektronikus nyilatkozattal érkező elektronikus levélben a jelen Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében meghatározottak szerint. Az elállási (felmondási) jogot határidőben érvényesítettnek kell tekinteni, ha a Szerződő mint fogyasztó az erre vonatkozó nyilatkozatát a határidő lejárta előtt postára adja vagy egyéb igazolható módon a Biztosítónak elküldi.
Egyéb igazolható módnak minősül a jelen Biztosítási Feltételek 3. számú mellékletében meghatározott nyilatkozattételi út és mód.
Amennyiben a Szerződő felmondó nyilatkozata a fenti határidőn belül megtörténik, és az a Biztosítóhoz megérkezik,
   (i) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (i) pontja szerint, **a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történt,** akkor az Egészségbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal, vagy
   (ii) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (ii) pontja szerint, **a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történt,** akkor az Egészségbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal

megszűnik, és az Egészségbiztosítási szerződésre addig már befizetett díjakat a Biztosító visszafizeti a Szerződő részére a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-ának (11) bekezdése szerinti módon.

Évfordulóra történő megszüntetés

(2) A biztosítás tartama nem hosszabbodik meg a következő biztosítási évre a jelen Általános Biztosítási Feltételek 8. §-ának (2) bekezdésében meghatározottak szerint, amennyiben a Szerződő vagy a Biztosító a vonatkozó biztosítási év végét megelőző legalább 30 nappal jelzi a másik fél felé, hogy nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani.
Ebben az esetben az Egészségbiztosítási szerződés és a Biztosító kockázatviselése az adott biztosítási év utolsó napján 24:00 órakor megszűnik.

(3) Az Egészségbiztosítási szerződés ily módon történő megszűnésekor a Biztosító az addig a napig járó díj megfizetését követelheti, amikor kockázatviselése véget ért.

(4) Ha a Szerződő az időarányos díjnál több díjat fizetett be, a Biztosító a díjtöbbletet köteles a Szerződő részére a szerződés megszűnésétől számított 30 naptári napon belül visszafizetni a jelen Biztosítási Feltételek 10. §-ának (11) bekezdése szerint.

(5) A Biztosító elektronikus úton, míg a Szerződő a Biztosítóhoz címzett postai levélben vagy személyesen, vagy **Szerződéshez regisztrált e-mail címéről vagy ettől eltérő e-mail cím esetén írásbelinek minősülő** elektronikus nyilatkozattal érkező elektronikus levélben a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározottak szerint jelezheti, amennyiben nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani.

A Biztosítottra vonatkozó kockázatviselés megszűnése

(6) **A Biztosító Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése és ezzel egyidejűleg az Egészségbiztosítási szerződés megszűnik:**
   a) a Biztosított halálával, a halál időpontjában;
   b) a Biztosított 85. születésnapját nem meghaladó utolsó biztosítási évforduló napján 24:00 órakor;

c) amennyiben a Biztosítottnak a magyarországi lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő lakóhelye megszűnik, az erről szóló bejelentés beérkezésének napján 24:00 órakor;
d) a Szerződő a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-ának (1) bekezdésében meghatározott feltételek szerinti elállása esetén
   (i) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (i) pontja szerint, **a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történt,** akkor a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal, vagy
   (ii) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (ii) pontja szerint, **a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történt,** akkor a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal;
e) amennyiben a Szerződő a jelen Általános Biztosítási Feltételek 19. §-ának (11) bekezdése alapján eláll az elektronikus kommunikációtól, az erről szóló nyilatkozat beérkezése napján 24:00 órakor;
f) amennyiben a Szerződő vagy a Biztosító a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-ának (2) bekezdésében meghatározottak szerint nem kívánja a biztosítást meghosszabbítani, az adott biztosítási év utolsó napján 24:00 órakor;
g) jelen Általános Biztosítási Feltételek 11. §-ában meghatározott fizetési késedelem esetén az elmaradt rendszeres díj esedékességére visszamenő hatállyal, elmaradt első díj esetén a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal;
h) ha a Biztosító a felmerült lényeges körülmények változása miatt a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7. §-ának (3) bekezdése szerint az Egészségbiztosítási szerződést 30 napra írásban felmondja, akkor a felmondás közlésétől számított 30. napon 24:00 órakor;
i) ha a Szerződő a felmerült lényeges körülmények változása miatt a Biztosítónak a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7. §-a szerinti módosító javaslatát nem fogadja el, vagy arra annak kézhezvételétől számított 15 napon belül nem válaszol, akkor a módosító javaslat közlésétől számított 30. nap 24:00 órájakor;
j) amennyiben a Szerződő a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7. §-ának (7) pontjában meghatározott szankciók, korlátozások vagy tilalmak hatálya alá kerül, az Egészségbiztosítási szerződés megszűnik a szankció, a korlátozás, vagy a tilalom hatálybalépésének napján 24:00 órakor;
k) amennyiben a Szerződő a Biztosítónak a jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-a szerinti módosítási javaslatát elutasítja, a biztosítási évforduló napján 24:00 órakor;
l) amennyiben a Szerződő a Biztosítónak a jelen Általános Biztosítási Feltételek 12. §-a szerinti módosítási javaslatát elutasítja, a biztosítási évforduló napján 24:00 órakor;
m) jelen paragrafus (7) pontjában meghatározottak szerint az Ellátásszervezővel való együttműködés megszűnése esetén, a Kiszervezési szerződés megszűnése hónapja utolsó napjának 24:00 órájakor;
n) amennyiben a Biztosított kimerítette a Különös Biztosítási Feltételek 2. §-ában meghatározottak szerint a 36 hónapos Szolgáltatási időszakot, mind a 4 biztosítási fedezet vonatkozásában a kimerítés napján 24:00 órakor;
o) amennyiben a Biztosított kimerítette a Szolgáltatási összeglimitet, a kimerítés napján 24:00 órakor.
p) a jelen Általános Biztosítási Feltételek 7. §-ának (1) pontjában meghatározott lényeges körülmények felmerülése esetén
   (i) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (i) pontja szerint, **a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történt,** akkor a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal, vagy

(ii) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (ii) pontja szerint, **a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történt,** akkor a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal;

q) a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (11) pontjában meghatározott esetben az utóbb kötött Egészségbiztosítási szerződés(ek)

(i) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (i) pontja szerint, **a Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével történt,** akkor a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét és külön, Szerződő általi jóváhagyását követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal, vagy

(ii) amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) (ii) pontja szerint, **a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történt,** akkor a biztosítási ajánlat elektronikus úton történő megtételét követő nap 00:00 órájára visszamenő hatállyal.

A szolgáltatás ellehetetlenülése

(7) A Biztosító Biztosítottakra vonatkozó kockázatviselése és ezzel egyidejűleg az Egészségbiztosítási szerződés automatikusan megszűnik a Kiszervezési szerződés megszűnése hónapja utolsó napjának 24:00 órájakor, ha a Kiszervezési szerződés bármilyen oknál fogva megszűnik, és a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés szolgáltatásaira vonatkozóan nem tudott új Ellátásszervezővel kiszervezési szerződést kötni. Erről a Biztosító az Egészségbiztosítási szerződés megszűnését megelőzően legalább 30 nappal a Szerződőt, a Szerződő Szerződéshez regisztrált e-mail címére megküldött értesítéssel elektronikus úton tájékoztatja. Ebben az esetben a Biztosító köteles a kockázatviseléssel nem fedezett időszakra vonatkozó biztosítási díjat a Szerződőnek 30 napon belül visszafizetni (amennyiben a kifizetéshez szükséges információk a vállalt határidőn belül a Biztosító rendelkezésére állnak).

(8) A Kiszervezési szerződés megszűnése a biztosítási tartam alatt bekövetkező biztosítási eseményekre vonatkozó biztosítási szolgáltatásokat nem befolyásolja, azok a Szolgáltatási időszak alatt fennmaradnak a Szolgáltatási összeglimit figyelembevételével.

14. § A Biztosító szolgáltatása, a biztosítási esemény bejelentése, a Biztosító teljesítésének esedékessége

(1) A Biztosító szolgáltatása, hogy a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott biztosítási események bekövetkezése esetén a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásokat nyújtja, amennyiben a szolgáltatási kötelezettsége beáll. A Biztosító az Ellátásszervező révén megszervezi a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi ellátást és finanszírozza annak költségét a biztosítási ajánlatban és a biztosítási kötvényben meghatározott Szolgáltatási összeglimit erejéig a Szolgáltatási időszak figyelembevételével.

(2) **A jelen pontban szabályozott szolgáltatási folyamatnak megfelelő eljárás előfeltétele annak, hogy a Biztosított jogosult legyen a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásokra, és azon szolgáltatásokat a Biztosító teljesíteni tudja.**

(3) A Biztosító külföldi gyógykezelés szolgáltatásának feltétele az előzetes fedezetigazolás kibocsátása. A Biztosító szolgáltatása az Ellátásszervező által kibocsátott előzetes fedezetigazolás tartalma szerint valósul meg.

(4) **A Biztosító nem térít arra az egészségügyi kezelésre vagy ellátásra, amelyet a Biztosított az előzetes fedezetigazolás kibocsátása előtt igénybe vesz az adott betegséghez kapcsolódóan, illetve arra az egészségügyi kezelésre vagy ellátásra, amelyet nem az előzetes fedezetigazolás szerint vesz igénybe, illetve nem azon szolgáltatásokat (szállás, légitársaság, taxi) veszi igénybe, amelyeket az Ellátásszervező jóváhagyott.**

Biztosítási esemény bejelentése, Online Egészségportálra történő regisztráció

(5) **A biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítottnak az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt kell bejelentenie a Biztosító részére, a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon és formában. Abban az esetben, ha a Biztosított a bejelentésben akadályoztatva van, úgy a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentését más személy is megteheti a Biztosító felé.** Az igénybejelentés elősegítésére a Biztosító a mindenkori hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor www.nn.hu) igénybejelentő nyomtatványt tett közzé. A Biztosító a biztosítási esemény bekövetkezésének bejelentésekor megvizsgálja az Egészségbiztosítási szerződés fennállását.

(6) A Biztosító a szolgáltatási igény beérkezését követően az Ellátásszervező részére 5 munkanapon belül továbbítja a Biztosított azonosító és kapcsolattartási adatait (telefonszám és e-mail cím), valamint minden olyan információt, amelyet a Biztosított a Biztosító részére megadott a biztosítási eseménnyel kapcsolatban.
Az Ellátásszervező a Biztosító által továbbított adatok beérkezését követően, az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerint számított 3 munkanapon belül, elektronikus levelet küld a Biztosított e-mail címére, amely tartalmazza az Ellátásszervező Online Egészségportál felületéhez vezető regisztrációs linket, valamint a figyelemfelhívást az Ellátásszervező Online Egészségportáljára történő regisztrációs kötelezettségről és annak határidejéről. **Annak érdekében, hogy az igénybejelentés elbírálásra kerüljön, a Biztosított köteles az Ellátásszervező Online Egészségportáljára regisztrálni, ennek hiányában az igénybejelentés értékelésére, valamint elbírálására és emiatt a biztosítási szolgáltatás megszervezésére és nyújtására az Ellátásszervezőnek nincs lehetősége. A Biztosított és az Ellátásszervező közötti kommunikáció nyelve magyar.**

(7) A Biztosítottnak 48 órán belül kell elvégeznie az Online Egészségportálra történő regisztrációt a regisztrációs linken keresztül. A regisztrációs link a kiküldéstől számított 48 óráig érvényes. Amennyiben a Biztosított 48 órán belül nem végzi el a regisztrációt az Online Egészségportálra, abban az esetben új regisztrációs e-mail megküldését kell kérnie az Ellátásszervezőtől az info@wegofurther.com e-mail címre küldött igénnyel vagy az Online Egészségportálon elérhető chat szolgáltatáson keresztül. Ezt követően az Ellátásszervező a Biztosított e-mail címére új regisztrációs linket tartalmazó elektronikus levelet küld, amely 1 hónapig érvényes.

(8) Az Online Egészségportálra történő regisztrációt követően 5 munkanapon belül az Ellátásszervező a Biztosított részére kijelöl egy Esetfelelőst, aki felveszi a Biztosítottal a kapcsolatot telefonon vagy e-mailben. Az Esetfelelős támogatást nyújt a Biztosított részére a biztosítási szolgáltatás igénybevétele érdekében. Az Ellátásszervező fenntartja a jogot arra, hogy az Esetfelelős személyét módosítsa.

(9) Az Ellátásszervező a szolgáltatási igény teljesítéséhez a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 4. számú mellékletében felsorolt dokumentumok bemutatását kérheti a Biztosítottól. A meghatározott iratokat a Biztosított az Online Egészségportálon tudja feltölteni.

(10) **A szolgáltatási igény teljesítéséhez szükséges dokumentumokat a jelen Általános Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 4. számú melléklete tartalmazza, amelyet a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat, és erről a változtatást megelőzően 30 nappal a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor a www.nn.hu) értesíti a Szerződőt. A mindenkor aktuális 4. számú melléklet a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu) található.**
A Biztosító a 4. számú mellékletet egyoldalúan kizárólag a következő alapos okok miatt módosíthatja: jogszabályi előírások módosulása, az orvostudomány fejlődése, technikai fejlődés, új termékek bevezetése, a Biztosító szolgáltatás iránti igény elbírálási folyamatának változása, a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása.

15. § Biztosított kötelezettségei

(1) A Biztosítottnak lehetővé kell tennie és együtt kell működnie abban, hogy a Biztosító és az Ellátásszervező szabadon hozzáférjen a Biztosított, a (kezelő)orvosok, a kórházak vagy egyéb egészségügyi intézmények birtokában lévő, a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges teljes orvosi dokumentációhoz. A Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásra való jogosultság megállapítása kizárólag akkor lehetséges, ha az ehhez szükséges teljes orvosi dokumentáció eljut az Ellátásszervezőhöz a Biztosítottól. A Biztosított birtokában lévő dokumentumok átadása az Online Egészségportálon keresztül történik.

(2) Az Ellátásszervező vagy a Biztosító részéről eljáró orvosok a teljes szolgáltatási folyamat során bármikor megkereshetik a Biztosítottat annak érdekében, hogy a Biztosító, illetve az Ellátásszervező által a szolgáltatási igény elbírálása szempontjából lényegesnek ítélt minden információt, felvilágosítást beszerezzenek a Biztosítottól.

(3) Jelen Általános Biztosítási Feltételek 15. §-ának (1)–(2) pontjaiban meghatározott kötelezettségek megsértése a Biztosító mentesülését vonhatja maga után, tekintettel arra, hogy ennek hiányában lényeges körülmények kideríthetetlenné válhatnak.

16. § Kárenyhítési és kármegelőzési kötelezettség

(1) A Szerződő/Biztosított a biztosítási esemény megelőzése érdekében az adott helyzetben általában elvárható magatartást köteles tanúsítani. A Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezése esetén köteles tartózkodni minden olyan körülmény vagy tény elhallgatásától, eltitkolásától, melynek jelentősége lehet a Biztosító szolgáltatásának megállapítása szempontjából.

(2) A Szerződő/Biztosított a biztosítási esemény bekövetkezésekor a Biztosító, illetve az Ellátásszervező adott utasításai szerint, ezek hiányában az adott helyzetben általában elvárható magatartás követelménye szerint köteles a kárt enyhíteni, így a Biztosítottnak késedelem nélkül orvosi, illetve egészségügyi segítséget kell igénybe vennie.

(3) Nem jelenti a kárenyhítési kötelezettség megsértését, ha a Biztosított az őt törvény alapján megillető rendelkezési joggal élve az orvosi beavatkozáshoz nem járul hozzá.

17. § Mentesülés a teljesítési kötelezettség alól

(1) A Biztosító mentesül a szolgáltatási kötelezettsége alól abban az esetben, ha bizonyítja, hogy a biztosítási eseményt jogellenesen szándékos vagy súlyosan gondatlan magatartással:
   a) a Szerződő/Biztosított;
   b) a Biztosítottal közös háztartásban élő hozzátartozója okozta.

(2) A magatartás minősítéséhez az eset összes körülményét egyedileg kell mérlegelni.

(3) Fenti szabályokat a kármegelőzési és kárenyhítési kötelezettség megszegésére is alkalmazni kell.

18. § Kockázatkizárások

(1) A Biztosító a kockázatviselés köréből kizárja a várakozási idő alatt kivizsgálás alatt álló, diagnosztizált, kezelt vagy a betegséggel kapcsolatos, orvosilag dokumentált első tüneteket mutató vagy betegség gyanúját felvető vizsgálati eredménnyel bíró állapotokat (tünetmentes esetben is), betegségeket, kivéve **az Idegsebészeti műtétre, valamint Élődonoros szervátültetésre szóló egészségbiztosítási fedezeteket, amennyiben a biztosítási esemény baleset következtében történt**.

(2) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a szolgáltatás a Biztosítottra vonatkozó kockázatviselési kezdet előtt bekövetkezett meglévő betegség vagy állapot következtében válik

szükségessé, beleértve a diagnosztizált állapotokat, a nem diagnosztizált kivizsgálás alatt álló állapotokat, az orvosilag dokumentált tünetet okozó állapotokat, illetve a kóros vizsgálati lelettel bíró eseteket.

(3) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a Biztosított betegsége vagy sérülése szeizmikus földmozgás, árvíz, vulkánkitörés és egyéb rendkívüli vagy katasztrófának minősülő jelenség közvetlen vagy közvetett hatásaként jelentkezik, ideértve a hivatalosan bejelentett járványokat is, azaz a Biztosító nem téríti az ezen betegség vagy sérülés kapcsán felmerülő költségeket.

(4) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azon betegségekre, amelyeket a Biztosított alkoholizmusa, kábítószer-függősége és/vagy bódító hatású anyagok (pszichoaktív, narkotikus vagy hallucinogén kábítószerek) használata okozott. Az ilyen betegségekből adódó gyógykezelések a Biztosító kockázatviseléséből kizártak.

(5) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki a Biztosított öngyilkossági kísérletének, valamint a saját magának szándékosan okozott sérüléseinek, öncsonkításának következményeire, illetve az ebből eredő betegségekre.

(6) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem téríti az olyan betegségből vagy orvosi eljárásból eredő költségeket, melyre a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott fedezetek kifejezetten nem vonatkoznak.

(7) A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem vállalja a kockázatot a Különös Biztosítási Feltételekben meghatározott esetekben.

(8) A Biztosító kockázatviselése a külföldi gyógykezelés szolgáltatás megszervezése és finanszírozása szolgáltatás vonatkozásában **nem terjed ki, és a Biztosító nem teljesít szolgáltatást**:

a) Minden olyan kísérleti gyógyellátás, diagnosztikai, terápiás célú és/vagy műtéti beavatkozás esetén, melyek biztonságát és megbízhatóságát tudományos módon nem igazolták, melyek széleskörűen nem elfogadottak, kivételt képeznek ez alól:
   - off-label kezelések a Különös Biztosítás Feltételek 28.2.2.2 pontjában meghatározottak szerint, vagy
   - klinikai kutatásban történő részvétel a Különös Biztosítási Feltételek 28.2.5 pontjában meghatározottak szerint.

b) A Biztosított HIV (AIDS)-vírus-fertőzöttsége, illetve minden olyan betegség esetén, mely összefüggésben áll a Biztosított HIV (AIDS)-vírus-fertőzöttségével vagy annak bárminemű kezelésével, ideértve a Kaposi szarkóma néven ismert betegséget is.

c) Minden olyan, a szervátültetéstől eltérő alternatív kezelés, szolgáltatás, ellátás vagy egyéb terápiás terv költsége, mely olyan betegség kapcsán merül fel, melyre orvosszakmai szempontból a legmegfelelőbb gyógymód a szervátültetés.

d) Hosszú távú mellékhatások kezelésére, krónikus tünetek enyhítésére vagy rehabilitációra (ideértve többek között, de nem kizárólagosan a fizikoterápiát, a mobilitási rehabilitációt, a nyelvi és beszédterápiát).

e) Minden olyan egészségügyi ellátás esetén, mely génterápiához, szomatikus sejtterápiához, módosított szövet terápiához kapcsolódik, kivéve a CAR-T sejtterápiát az alábbi esetekben:
   - a kezelést a klinikai szakértői jelentés ajánlása szerint nyújtják, és
   - kiméra antigénreceptorral felruházott T-sejt (CAR T-sejt) jóváhagyott protokoll.

f) A megelőző terápiákra.

g) Bármely egészségügyi szolgáltatás vagy ellátás, amely orvosilag nem szükséges valamely, az Egészségbiztosítás által fedezett betegség kezeléséhez.

h) Bármilyen betegség vagy egészségügyi állapot, melyet az Egészségbiztosítás által fedezett (az Ellátásszervező által szervezett és térített) orvosi eljárások okoztak, kivéve, ha a szóban forgó betegséget vagy egészségügyi állapotot a biztosítás fedezi, vagy a Különös Biztosítási Feltételek 28. §-ában meghatározott – a biztosítás által fedezett – egészségügyi ellátást teszi szükségessé.

i) **Az utógondozás fedezett költségeivel kapcsolatban a következő kizárások érvényesek:**
   - Minden olyan költség, amelyet a társadalombiztosítás finanszíroz, vagy amelyet a Biztosított bármely egyéb egészségbiztosítása fedez.

- Bármilyen költség, mely nem felel meg az Ellátásszervező által meghatározott feltételeknek.
- Bármilyen költség, mely az Ellátásszervező által előzetesen jóváhagyott kórházaktól eltérő kórházban vagy egészségügyi intézményben merül fel.
- Bármilyen Magyarországon kívüli gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény vásárlásának költsége, kivéve, ha ahhoz az Ellátásszervező előzetesen kifejezetten hozzájárul.

j) Minden olyan diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy egyéb terápiás tervvel kapcsolatos vagy azzal összefüggő költség, amely Magyarországon merült fel, a Különös Biztosítási Feltételek 28.3.4.1 pontjában részletezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények, valamint a Különös Biztosítási Feltételek 28.3.4.2 pontjában meghatározott utógondozás szolgáltatás.

k) Bármilyen diagnosztikai eljárással, kezeléssel, szolgáltatással, ellátással vagy orvosi recepttel kapcsolatos vagy ezekből eredő kiadások, amennyiben az adott biztosítási esemény bejelentésének napján a Biztosított nem rendelkezik magyarországi lakóhellyel.

l) Minden olyan költség, mely szülési és gyermekágyi kezelés, otthoni ápolás, gyógyászati üdülőhelyek és természetgyógyászati központok szolgáltatásai, szanatóriumi központ vagy ápolási intézmény (elfekvő osztály) által nyújtott szolgáltatások, haldokló páciensek gondozása (hospice) vagy idősek otthonában nyújtott szolgáltatások kapcsán merül fel, melyeket a jelen biztosítás még akkor sem fedez, ha ezen szolgáltatások az Egészségbiztosítási szerződés által fedezett betegségek vagy orvosi beavatkozások folytán válnak szükségessé.

m) Mindenfajta protézis vagy egyéb ortopédiai eszközök, fűzők, kötszerek, mankók, művégtagok és szervek, parókák (még abban az esetben sem, ha használata kemoterápiás kezelés következtében válik szükségessé), ortopéd cipők, műfogsorok, sérvkötők és egyéb hasonló felszerelések vagy eszközök költsége, kivéve az emlőeltávolító műtét esetében használt mellprotézisek, valamint a szívbillentyű-protézisek költségét, ha az a jelen Egészségbiztosítás keretében nyújtott szolgáltatás következtében válik szükségessé.

n) Minden olyan gyógyszerészeti termék vagy gyógyszer költsége, melyet nem az illetékes egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel rendelkező gyógyszertárban vásároltak, vagy amely orvosi rendelvény nélkül beszerezhető.

o) Olyan számlák, melyeket a költség felmerülését követő 180 napon túl nyújtottak be a Biztosítóhoz vagy az Ellátásszervezőhöz.

p) Olyan számlák, amelyek a Szolgáltatási időszak lejáratát követően kerültek kiállításra.

q) A Különös Biztosítási Feltételek 28.3.4.1 pontjának vonatkozásában: minden olyan gyógyszer- és gyógyszerészeti készítmény költsége, melyet az állami társadalombiztosítás vagy a Biztosított más egészségbiztosítási szerződése finanszíroz. Minden olyan költség, mely gyógyszerek vagy gyógyszerészeti készítmények beszerzésének adminisztrációjával kapcsolatos.

r) Minden olyan költség, amely kognitív zavarok, demencia vagy agykárosodás miatt szükségessé vált ellátás kapcsán merül fel, függetlenül a betegség súlyossági fokától.

s) Minden olyan költség, amely kerekesszékek, speciális ágyak, légkondicionáló vagy légtisztító berendezések, vagy az előzőekhez hasonló felszerelések megvásárlása vagy bérlése kapcsán merül fel.

t) Az olyan fordítási, telefonhasználati és egyéb költségek, melyek személyes célú használattal jellemezhető, vagy nem egészségügyi természetű tételek vonatkozásában merülnek fel.

u) Minden olyan költség, amely a Biztosított, a Biztosított rokonai és kísérői részéről – illetve részükre nyújtott szolgáltatások kapcsán – merül fel, kivéve azokat, amelyeket a jelen Egészségbiztosítási szerződés kifejezetten megenged.

v) Minden olyan költség, amely szerv- vagy szövetátültetés esetén a donor részéről – illetve részére nyújtott szolgáltatások kapcsán – merül fel, és amelyre fedezetet nyújt a donor saját egészségbiztosítása.

w) Orvosszakmai szempontból szükségtelen és indokolatlan költségek.

x) Az előzetes fedezetigazolás kibocsátása előtt felmerült költségek.

y) Az előzetes fedezetigazolásban szereplő, az Ellátásszervező által jóváhagyott kórháztól eltérő kórházban felmerülő költségek.

19. § Jognyilatkozatok, a Biztosításközvetítő ügynök jogállása

(1) A Biztosításközvetítő ügynök szerződéskötésre nem jogosult, valamint arra sem, hogy a Szerződő jognyilatkozatait érvényesen hozzá intézze. A Biztosításközvetítő ügynök a Biztosító nevében jognyilatkozatot nem tehet.
Amennyiben a Biztosításközvetítő ügynök tudomást szerzett egy adott tényről, az nem jelenti azt, hogy a Biztosító is tudomást szerzett róla. A Biztosításközvetítő ügynök nem jogosult az ügyféltől díjat, díjelőleget átvenni, és nem jogosult a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeget előzetesen átvenni.

(2) A Biztosító a hozzá eljuttatott jognyilatkozatokat és bejelentéseket kizárólag akkor köteles joghatályosnak tekinteni, ha azokat a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon és formában juttatták el hozzá. A nyilatkozat akkor hatályos, ha az a Biztosítóhoz megérkezett.

20. § Elektronikus kommunikáció

(1) A Biztosító és az Ellátásszervező a papírmentes, gyors, megbízható, költséghatékony és környezetbarát kommunikáció érdekében a Szerződővel/Biztosítottal való kapcsolattartás során elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével jár el (a továbbiakban: elektronikus út vagy elektronikus kommunikáció).

(2) **A Felek lényeges, az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy a Biztosító, illetve az Ellátásszervező az Egészségbiztosítási szerződéssel kapcsolatban elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével jár el, azzal, hogy a Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg az Egészségbiztosítási szerződést (azaz ennek hiányában az Egészségbiztosítási szerződést a Biztosító nem köti meg).**
A Biztosító, illetve az Ellátásszervező elektronikus kommunikációs jogának biztosítása az Egészségbiztosítási szerződés fennállásának is feltétele. Elektronikus kommunikációs útnak, csatornának minősül különösen, de nem kizárólagosan a Szerződő Szerződéshez regisztrált e-mail címére megküldött elektronikus kommunikáció a Biztosító vagy Ellátásszervező által, valamint az Ellátásszervező Online Egészségportálján keresztül feltöltött dokumentum vagy értesítés.

(3) Ennek megfelelően a Biztosító és az Ellátásszervező elektronikus kommunikáció útján küldi meg a Szerződő/Biztosított részére a szerződés létrejöttével és megszűnésével, valamint a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatásokat, dokumentumokat, valamint az Ellátásszervező Online Egészségportáljára történő regisztrációra felhívó e-mailt, továbbá a szerződés fenntartásával kapcsolatos információkat, tájékoztatásokat és dokumentumokat (a továbbiakban a jelen pont szerinti dokumentum, információ, küldemény, úgy is mint dokumentum vagy küldemény), ideértve azokat is, amelyeket a jelen Biztosítási Feltételek írnak elő, kivéve a fentiek szerinti panaszkezelési eljárást.

(4) A Szerződő/Biztosított köteles a Biztosító részére megadni az ajánlat megtételekor az e-mail címét (Szerződéshez regisztrált e-mail cím) és telefonszámát, és változásbejelentési kötelezettségként köteles annak megváltozását a Biztosító részére haladéktalanul, de legkésőbb 30 naptári napon belül bejelenteni a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon.

(5) Az elektronikus kommunikációs csatornák használata során – a biztonságos kommunikáció érdekében – a Szerződőnek gondoskodnia kell arról, hogy azokhoz illetéktelen személyek ne férjenek hozzá, különös tekintettel arra, hogy az elektronikus csatornákon közvetített információk biztosítási titkot is tartalmazhatnak. A Szerződőnek gondoskodnia kell arról is, hogy az elektronikus kommunikáció érdekében megadott Szerződéshez regisztrált e-mail cím élő és érvényes legyen, továbbá, hogy az e-mail cím felett teljes joggal rendelkezzen, azaz a címzett dönt a létrehozásáról, törléséről, hozzáférés módjáról (eszköz, gyakoriság), valamint joga van azt ezen (magán)célra használni.
A Szerződő a kommunikációs csatornákat (elektronikus postafiókját) rendszeresen ellenőrizni köteles annak érdekében, hogy a Biztosító, illetve az Ellátásszervező által küldött dokumentumokat kellő időben megismerje.

(6) Abban az esetben, ha a Biztosító vagy az Ellátásszervező technikai hiba, üzemzavar, más elháríthatatlan akadály esetén a dokumentumokat/információkat nem tudja az elektronikus kommunikációs csatornán megküldeni, úgy a Biztosító vagy az Ellátásszervező azokat a Szerződő által megadott állandó lakcímére, postai úton küldi meg.

(7) A Biztosítót és az Ellátásszervezőt nem terheli felelősség, ha az elektronikus kommunikáció a Szerződő/Biztosított hibájából, vagy az érdekkörében felmerült okból kézbesíthetetlen volt, illetve, ha a Szerződő/Biztosított elmulasztotta bejelenteni a Szerződéshez regisztrált e-mail címének megváltozását.

(8) A Biztosító a Szerződőnek a Biztosító által ismert utolsó állandó lakcímére levélben, vagy a Szerződéshez regisztrált e-mail címére elektronikus úton elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, elektronikus levél esetén az elküldését követő napon.

(9) Szerződő jelen szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon teheti meg. A szerződés kapcsán használatos dokumentumokról, ügyfélnyilatkozatokról és azok lehetséges Szerződő általi beküldési módjairól a jelen Biztosítási Feltételek 3. számú melléklete tartalmaz részletes összefoglalót. Panasz benyújtására a Biztosító Panaszkezelési Szabályzatában leírtak az irányadók.

(10) A Biztosító **a 3. számú mellékletet bármikor egyoldalúan megváltoztathatja, amelyről a változtatást megelőzően 30 nappal a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu oldalon) értesíti a Szerződőt**.
A mindenkor aktuális 3. számú melléklet a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu oldalon) található. A Biztosító a 3. számú mellékletet egyoldalúan kizárólag az alábbi alapos okok miatt módosíthatja:
- jogszabályi előírások módosulása,
- technikai fejlődés,
- a Biztosító adminisztrációs folyamatainak változása,
- a Biztosító nyilvántartási rendszerének módosítása.

(11) A Szerződő az ajánlattétellel elfogadja a jelen paragrafus (2) bekezdésében lényeges szerződési feltételként meghatározott Biztosító általi elektronikus kommunikációt.
Amennyiben a Szerződő az Egészségbiztosítási szerződés teljes tartama alatt – beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is – a Biztosító által lényeges szerződési feltételként meghatározott elektronikus kommunikációhoz való jogát nem teszi lehetővé azáltal, hogy ezen rendelkezéstől eláll, úgy az Egészségbiztosítási szerződés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-a szerint megszűnik.

21. § A személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók

(1) A jelen Biztosítási Feltételek részét képező Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztatóban kerültek meghatározásra a személyes adatok kezelésére vonatkozó elvi és gyakorlati tudnivalók, amelyeket a Biztosító bármikor egyoldalúan megváltoztathat. A Biztosító a változásról a változtatást megelőzően 30 nappal, vagy ha a jogszabály-módosítás hatálybalépése ezt nem teszi lehetővé, akkor a jogszabály hatálybalépését követő 30 napon belül a honlapján értesíti a Szerződőt.
Az Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztatóban történt változásokkal kapcsolatban a Biztosító mindenkor hivatalos honlapján (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu oldalon) elérhető, a mindenkor aktuális Egészségbiztosítási adatvédelmi tájékoztató az irányadó.

(2) Az Egészségbiztosítás keretében nyújtott külföldi gyógykezelések során a külföldi egészségügyi szolgáltatókat, orvosokat, egészségügyi szakembereket is terheli az orvosi titoktartási és egészségügyi adatokra vonatkozó megőrzési kötelezettség a rájuk vonatkozó jogszabályok szerint.

22. § A biztosítási kötvény elvesztése vagy megsemmisülése

(1) Ha a biztosítási kötvény elveszett vagy megsemmisült, a Szerződő köteles e körülményt a Biztosítónak a tudomásszerzéstől számított 30 napon belül bejelenteni, ez esetben a Biztosító másodlatot állít ki, amely másodlat az eredetivel egyező.
A másodlat kibocsátásával az eredeti biztosítási kötvény érvénytelenné válik, e tényt a másodlaton záradékban fel kell tüntetni. E szabályok az irányadók a további kötvénymásodlatokra vagy egyéb okiratok másodlataira is.
(2) A másodlatok kiállításával kapcsolatban felmerült költségek a Szerződőt terhelik.

23. § Elévülés

Az Egészségbiztosítási szerződésből eredő igények elévülési ideje öt (5) év.

24. § Egyéb rendelkezések, panaszbejelentés és a jogviták rendezése

(1) Az Egészségbiztosítási szerződés és az ügyintézés nyelve magyar.
(2) A biztosítás esetén matematikai tartalék képzésére nem kerül sor, ezért többlethozam nem keletkezik, és nincs nyereségrészesedés sem.
(3) Az Egészségbiztosítási szerződés nem reaktiválható.
(4) A panaszbejelentésre a Panaszkezelési Szabályzatban foglaltak az irányadók.
(5) A Felek jogvita esetén a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (Pp.) általános szabályai szerint illetékességgel és hatáskörrel rendelkező bírósághoz fordulnak.

25. § A Polgári Törvénykönyvtől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától eltérő szabályok

Jelen paragrafus tartalmazza a jelen Biztosítási Feltételek azon rendelkezéseit, amelyek **a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) rendelkezéseitől, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától, biztosítási szerződéseitől lényegesen eltérnek**.

(1) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 1. §-ának (4) bekezdése alapján a Felek kizárnak minden olyan szokást és gyakorlatot, amelyek alkalmazásában a biztosítási szerződés alanyai korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és amelyet egymás között kialakítottak, továbbá az élet- és nem-életbiztosítási üzletágban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokások sem válnak a szerződés részévé.
(2) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 2. §-ában meghatározott fogalmak és meghatározások a jelen Általános és Különös Biztosítási Feltételek alapján létrejövő Egészségbiztosítási szerződések vonatkozásában kerültek meghatározásra, ezért eltérhetnek a Ptk.-ban, illetve egyéb jogszabályban meghatározottaktól, valamint a Biztosító korábbi gyakorlatától.
(3) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 2. §-ában meghatározottak szerint a jelen Egészségbiztosítási szerződés vonatkozásában a fedezet nem tölthető fel.
(4) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 3. §-ának (1) bekezdése szerint a Szerződő módosítására nincs lehetőség.
(5) Annak meghatározása a jelen Általános Biztosítási Feltételek 6. §-ának (5) bekezdésében, hogy a Biztosító mit minősít lényeges körülménynek.
(6) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 8. §-ának (1)–(2) bekezdése szerint az Egészségbiztosítás tartama egy (1) biztosítási év, amely minden évben további egy (1) biztosítási évvel meghosszabbodik,

amennyiben a Szerződő vagy a Biztosító ettől eltérően nem nyilatkozik a biztosítási év vége előtt 30 nappal.

(7) A Biztosító korábbi szerződési gyakorlatától eltérően a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (2) bekezdése alapján az Egészségbiztosítási szerződés létrejöttét a Szerződő kezdeményezheti azzal is, hogy elektronikus úton ajánlatot tesz, távértékesítés keretében, a Biztosító Online szerződéskötési felületén.

(8) A Biztosító korábbi szerződési gyakorlatától eltérően a jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (10) bekezdése alapján, amennyiben az Egészségbiztosítási szerződés megkötése **a Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül történik,** a Biztosító díjhalasztást nem ad, a Szerződőnek a szerződés első díját díjelőlegként az elektronikus úton történő ajánlattétel során, az ajánlat megtételével egyidejűleg, az ajánlathoz szükséges nyilatkozatok elfogadását követően kell megfizetnie.

(9) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (4) bekezdése alapján az írásbeli megállapodást, illetőleg a Biztosító elfogadó nyilatkozatát biztosítási kötvény kiállítása pótolja. A biztosítási szerződés a kötvény kiállításának napján jön létre.

(10) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 20. §-ának (2) bekezdése alapján a Felek lényeges, a biztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy a Biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatban elektronikus úton, elektronikus kommunikáció igénybevételével jár el, azzal, hogy a Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg a biztosítási szerződést. A Biztosító elektronikus kommunikációs jogának biztosítása a biztosítási szerződés fennállásának is feltétele.

(11) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 4. §-ának (1) bekezdése alapján a Felek lényeges, a biztosítási szerződés létrejöttének és fenntartásának feltételeként határozzák meg azt, hogy a Biztosítottnak a lakcímet igazoló hatósági igazolványon szereplő magyarországi lakóhellyel kell rendelkeznie, a Biztosító kizárólag ezen lényeges szerződési feltétellel köti meg az Egészségbiztosítási szerződést (azaz ennek hiányában az Egészségbiztosítási szerződést a Biztosító nem köti meg).

(12) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 20. §-ának (8) bekezdése alapján a Biztosító a Szerződőnek a Biztosító által ismert utolsó állandó lakcímére levélben vagy a Szerződéshez regisztrált e-mail címére elektronikus úton elküldött jognyilatkozata abban az időpontban tekinthető megérkezettnek, amikor azt a címzettnek kézbesítették, elektronikus levél esetén az elküldését követő napon.

(13) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 20. §-ának (9) bekezdése alapján a Szerződő a jelen szerződéssel kapcsolatos nyilatkozatait a jelen Biztosítási Feltételek mindenkor aktuális 3. számú mellékletében meghatározott módon teheti meg.

(14) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 20. §-ának (11) bekezdése alapján, amennyiben a Szerződő a biztosítási szerződés teljes tartama alatt – beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is – a Biztosító által lényeges szerződési feltételként meghatározott elektronikus kommunikációhoz való jogát nem teszi lehetővé azáltal, hogy ezen rendelkezéstől eláll, úgy a biztosítási szerződés a jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-a szerint megszűnik.

(15) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 13. §-ának (1) bekezdése szerint a Szerződőnek lehetősége van a kötvény elektronikus úton történő kiküldésétől számított 30 naptári napos határidőn belül indoklás és díjfizetési kötelezettség nélkül azonnali hatállyal a biztosítási szerződéstől elállni.

(16) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 18. §-ában, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben az egyes egészségbiztosítási fedezeteknél meghatározott kockázatkizárások köre bővült.

(17) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 10. §-ának (12)–(18) pontjai alapján a Biztosító kifejezetten fenntartja a jogot, hogy a díjtételt és ezáltal a biztosítás aktuális díját biztosítási tartamonként (biztosítási évenként) minden biztosítási év első napjával kezdődő hatállyal egyoldalúan állapítsa meg.

(18) A jelen Általános Biztosítási Feltételek 12. §-a szerint a Biztosítónak lehetősége van a Biztosítási Feltételek, a szolgáltatás és a Szolgáltatási összeglimit egyoldalú módosítására.

(19) **A jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-a szerint a biztosítási esemény bekövetkezését a Biztosítottnak az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt kell bejelentenie a Biztosító részére.**

II. Különös Biztosítási Feltételek

26. § Általános rendelkezések

(1) A jelen Különös Biztosítási Feltételekben foglalt rendelkezések a Biztosító Általános Biztosítási Feltételeivel együtt – ellenkező szerződéses kikötés hiányában – a Biztosító Egészségbiztosítási szerződésének feltételeit képezik, feltéve, hogy a szerződést a Különös Biztosítási Feltételekre és az Általános Biztosítási Feltételekre hivatkozva kötötték meg.

(2) A jelen Különös Biztosítási Feltételek az Általános Biztosítási Feltételektől eltérhetnek, a Különös Biztosítási Feltételek és az Általános Biztosítási Feltételek eltérése esetén a Különös Biztosítási Feltételek rendelkezései az irányadók.

(3) A Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben az Általános Biztosítási Feltételek, az Általános Biztosítási Feltételekben, valamint a Különös Biztosítási Feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) rendelkezései, valamint az egyéb hatályos magyar jogszabályok az irányadók.

(4) Az Egészségbiztosítás keretében nyújtott külföldi gyógykezelésekre a külföldi gyógykezelés helye szerinti külföldi jogszabályok az irányadók, melyek eltérőek lehetnek a magyar egészségügyi szabályoktól.

(5) Amennyiben a biztosítási szolgáltatás költsége vagy egyéb összeg kifizetése euróban történik, és az összeg kifizetésére a Biztosított vagy egyéb Szolgáltatásra jogosult nem eurós bankszámlaszámot ad meg, úgy a Biztosított vagy egyéb Szolgáltatásra jogosult viseli az ebből eredő árfolyamkockázatot.

27. § Az Egészségbiztosítás által fedezett betegségek és orvosi beavatkozások

Az Egészségbiztosítás a következő betegségekre és orvosi beavatkozásokra nyújt fedezetet.

1. Rosszindulatú daganatos betegségek kezelésére szóló egészségbiztosítási fedezet

(1) **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási eseménynek minősül **a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után**, a kockázatviselés kezdetéhez képest **előzmény** (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) **nélküli, a b) pont szerinti rosszindulatú daganatos megbetegedés diagnosztizálása** miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt, és/vagy
- a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ának (1) b) (iii) pontjában meghatározott rosszindulatú daganatos betegségek esetén molekuláris profilalkotásban részesülhessen,

és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint **jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak**.

b) A Biztosító a jelen Egészségbiztosítás szempontjából **az alábbi betegségeket és/vagy betegségmegelőző állapotokat tekinti rosszindulatú daganatos betegségeknek**:

(i) olyan, rákot megelőző elváltozás a sejtekben, amelyek citológiailag vagy szövettanilag magas fokú diszpláziának vagy súlyos diszpláziának minősülnek;

(ii) olyan „in situ” típusú rák, mely nem terjed tovább a hámszövet azon sejtjeiről, ahol kialakult, és nem támadja meg a strómát vagy a környező szöveteket;

(iii) bármilyen rosszindulatú daganat, beleértve a leukémiát, a szarkómát és a limfómát, melyet rosszindulatú sejtek szabályozatlan növekedése és inváziója jellemez.

Az itt meghatározott rosszindulatú daganatos betegségek bekövetkezése esetén a Biztosító szolgáltatást nyújt.

c) **A biztosítási esemény bekövetkeztének időpontja a Biztosítottnál fellépő rosszindulatú daganatos betegség végleges, szövettani vizsgálattal igazolt diagnózisa felállítását, vagy amennyiben szövettani vizsgálattal igazolt diagnózis nem áll rendelkezésre, a laborvizsgálatot vagy képalkotó vizsgálatot – amely a daganat előzetes diagnózisának alapját képezi – követő szolgáltatás iránti igény bejelentésének időpontja.**

(2) **Kizárás**

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem szolgáltat:

a) **HIV (AIDS) pozitív diagnózis mellett fellépő bármely rosszindulatú daganatra,**

b) **minden olyan, nem melanóma típusú bőrdaganatra, kivéve a rosszindulatú melanómákat, amely hisztológiai osztályozás alapján nem terjed túl az epidermiszen (felhámon).**

2. Szívműtétekre szóló egészségbiztosítási fedezet

(1) **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási eseménynek minősül **a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után**, a kockázatviselés kezdetéhez képest **előzmény** (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) **nélküli, kardiológus szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált**, a jelen pontban meghatározott **szívkoszorúér-műtét (bypass) szükségessége** miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt,

és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint **jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak**.

b) Biztosítási eseménynek minősül **a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után**, a kockázatviselés kezdetéhez képest **előzmény** (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) **nélküli, kardiológus szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált, egy vagy több szívbillentyű-cseréje vagy -helyreállítása érdekében szükségessé váló műtét** miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt,

és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint **jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak**.
Az egy vagy több szívbillentyű cseréje vagy helyreállítása érdekében szükséges műtét lehet nyílt szívműtét vagy minimálisan invazív szívműtét vagy katéteres eljárással végzendő műtét.

c) **A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtéti javaslat megállapítását követő szolgáltatás iránti igény bejelentésének időpontja.**

(2) **Kizárás**

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem szolgáltat abban az esetben, ha a Biztosított szívkoszorúér-betegségével kapcsolatban igényel szolgáltatást, melynek kezelése során a bypassműtéttől eltérő technikát alkalmaznak, vagy annak elvégzésére kapott javaslatot, így például az angioplasztikai sebészet bármely típusa vagy a stentelés.

3. Idegsebészeti műtétre szóló egészségbiztosítási fedezet

(1) **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási eseménynek minősül **a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után** (kivéve baleset esetén), a kockázatviselés kezdetéhez képest **előzmény** (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) **nélküli, szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált, a központi idegrendszer koponyaűrben elhelyezkedő részét (agy) és/vagy a koponyaűrön belül elhelyezkedő képleteit érintő műtét szükségessége** miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt,

és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint **jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak**.

b) Biztosítási eseménynek minősül **a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után** (kivéve baleset esetén), a kockázatviselés kezdetéhez képest **előzmény** (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) **nélküli, szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált**, gerincvelőre lokalizált jóindulatú daganatok **műtéti kezelésének szükségessége** miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt,

és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint **jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak**.

c) **A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a műtéti javaslat megállapítását követő szolgáltatás iránti igény bejelentésének időpontja.**

4. Élődonoros szervátültetésre szóló egészségbiztosítási fedezet

(1) **Biztosítási esemény**

a) Biztosítási eseménynek minősül **a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után** (kivéve baleset esetén), a kockázatviselés kezdetéhez képest **előzmény** (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) **nélküli, szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált**, a jelen pontban meghatározott **szervátültetés szükségessége** miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt,

és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint **jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak**.
Jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségbiztosítási fedezet **csak az Élődonorral végzett tüdőlebeny vagy májlebeny vagy hasnyálmirigy-szakasz transzplantációjára, vagy veseátültetésre terjed ki**, és a beültetendő szerv/szervrészlet a vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult Élődonorból származik.

b) Biztosítási eseménynek minősül **a Biztosított kockázatviselés tartama alatt, de a várakozási idő után** (kivéve baleset esetén), a kockázatviselés kezdetéhez képest **előzmény** (dokumentált diagnózis vagy iránydiagnózis, kezelés vagy tünet, illetve panasz kapcsán orvoshoz fordulás) **nélküli, szakorvos által megállapított és orvosilag írásban dokumentált**
(i) autológ vagy allogén csontvelő műtéti úton történő beültetésének (BMT), illetve
(ii) autológ vagy allogén perifériás vér őssejt-transzplantációjának (PBSCT) szükségessége
miatt a Biztosított azon igénye, hogy

- második orvosi szakvéleményt kérjen, és/vagy
- a Biztosított külföldi gyógykezelésben vehessen részt,

és amelyek iránti igényét a Biztosított a jelen Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ának (5) pontja szerint **jelent be az Egészségbiztosítási szerződés tartama alatt a Biztosítónak**.
Jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségbiztosítási fedezet **csak az Élődonorral végzett szervátültetésekre terjed ki**, és a beültetett csontvelő a vizsgálatok során megfelelőnek bizonyult Élődonorból vagy a Biztosítottból származik.

c) **A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szervátültetésre vonatkozó műtéti javaslat megállapítását követő szolgáltatás iránti igény bejelentésének időpontja.**

d) Jelen biztosítás alapján potenciális Élődonor az a nagykorú és teljesen cselekvőképes személy lehet, aki a következmények ismeretében vállalja a kivizsgálást és az ellenérték nélküli szervadományozást, valamint a műtét kockázatát és lehetséges következményeit.
Az élődonoros szervátültetésnek az adott, kivizsgálást és műtétet végző külföldi kórház állama szerint további egészségügyi és jogi feltételei lehetnek, amelyekről az adott külföldi egészégügyi szolgáltató ad tájékoztatást.

(2) **Kizárás**
A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki, és a Biztosító nem szolgáltat az élődonoros szervátültetés és csontvelő-átültetés vonatkozásában az alábbi esetekben:

a) Az olyan szervátültetés, amely alkoholos májbetegség (krónikus túlzott alkoholfogyasztás következtében), kialakuló májelégtelenség miatt válik szükségessé.
b) Az olyan szervátültetés, amelyet saját szerv felhasználásával hajtanak végre, kivéve a csontvelő-átültetést.
c) Az olyan szervátültetés, melyben a Biztosított donorként szerepel.
d) A nem élődonoros szervátültetés.
e) Az olyan szervátültetés, mely során őssejtkezelést használnak.
f) Olyan szervátültetés, mely a donorszerv megvásárlása miatt válik lehetségessé.
g) A köldökzsinórvért felhasználó haematopoeticus vérképző őssejtátültetés (HSCT).

28. § A Biztosító szolgáltatása

(1) A Biztosító a Szerződő Egészségbiztosítási szerződésben meghatározott díjfizetési kötelezettségének teljesítése ellenében a biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Ellátásszervező révén, amennyiben annak feltételei fennállnak, az alábbi szolgáltatásokat nyújtja a jelen paragrafusban meghatározottak szerint, valamint a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében szereplő Szolgáltatási limitek figyelembevételével:

- **Második orvosi szakvélemény szolgáltatás;**
- **Precíziós medicina szolgáltatás a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ának (1) b) (iii) pontjában meghatározott rosszindulatú daganatos betegségek kezelésére szóló fedezethez kapcsolódóan;**
- **Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatás.**

28.1 Második orvosi szakvélemény szolgáltatás

(1) Amennyiben a Biztosított az Általános Biztosítási Feltételek 14. §-ában meghatározott módon igénybejelentést tesz a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ában meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódóan, Második orvosi szakvélemény szolgáltatást kérhet az Ellátásszervezőtől az Online Egészségportálon keresztül, melynek célja a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ában meghatározott betegség vagy orvosi beavatkozás diagnózisának megerősítése és ezáltal az optimális kezelési terv meghatározása.

(2) Második orvosi szakvélemény szolgáltatásra a Biztosított biztosítási eseményenként egyszer jogosult. Amennyiben az Ellátásszervező által bekért dokumentumok hiánytalanul az Online Egészségportálra feltöltésre kerültek, amelyre tekintettel a Második orvosi szakvélemény kiállítható, úgy az

Ellátásszervező az utolsó dokumentum beérkezésétől számítva, az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerinti 15 munkanapon belül elektronikus úton, az Online Egészségportálon keresztül, eljuttatja a Biztosított részére a második orvosi szakvéleményt.
Amennyiben a Biztosított Második orvosi szakvélemény szolgáltatást igényel, a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra való jogosultság megállapítása csak a második orvosi szakvélemény kiadását követően történhet meg.

(3) Második orvosi szakvéleményt az Ellátásszervező is kérhet.

(4) A szolgáltatás igénybevétele nem csökkenti a Szolgáltatási összeglimitet.

28.2 Precíziós medicina szolgáltatás a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ának (1) b) (iii) pontjában meghatározott rosszindulatú daganatos betegségek kezelésére szóló fedezethez kapcsolódóan

(1) Amennyiben a Biztosított az Online Egészségportálon keresztül a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ának (1) b) (iii) pontjában meghatározott rosszindulatú daganatos betegségekhez kapcsolódóan bejelentést tesz, és kéri a Precíziós medicina szolgáltatást, akkor a Biztosító az Ellátásszervező révén az alábbi biztosítási szolgáltatást nyújtja a jelen pontban meghatározottak szerint és a Szolgáltatási limit figyelembevételével, amennyiben a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége fennáll.

(2) Precíziós medicina szolgáltatásban a Biztosított csak egyszer részesülhet, amennyiben a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ának (1) b) (iii) pontjában meghatározott rosszindulatú daganat ugyanolyan BNO/ICD-kóddal rendelkezik. A Biztosított csak akkor jogosult újra Precíziós medicina szolgáltatást kérni, amennyiben a korábbi daganattól elkülöníthető, független, önálló BNO-kóddal rendelkező daganatra nyújt be szolgáltatási igényt.

(3) A Biztosított a Precíziós medicina szolgáltatást az alábbiakban meghatározott feltételek egyidejű teljesülése esetén igényelheti:

a) a Biztosított a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ának (1) b) (iii) pontjában meghatározott valamely rosszindulatú daganatra vonatkozóan kezelésben részesül, vagy kezelésre vonatkozó írásos orvosi javaslatot kapott; és

b) a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ának (1) b) (iii) pontjában meghatározott valamely rosszindulatú daganatra vonatkozó diagnózis megfelel az alábbi kritériumok egyikének:
- olyan rosszindulatú daganat, melynél az „első vonalbeli kezelés” már nem működik;
- III. és IV. stádiumú rosszindulatú daganat;
- ismeretlen, primer eredetű rosszindulatú daganatos megbetegedés;
- ritka rosszindulatú daganatos megbetegedés[3]; és

c) megfelelő vizsgálati anyag áll rendelkezésre megfelelő számú tumorsejtet tartalmazó biopsziás minta formájában. Amennyiben a minta elemzését végző labor szakmai álláspontja szerint a minta nem tartalmaz elegendő tumorsejtet, az Ellátásszervező folyékony biopsziát (vérvétel formájában) kérhet a Biztosítottól.

(4) Amennyiben az Ellátásszervező által bekért, vonatkozó diagnosztikai vizsgálatok és kórtörténetek hiánytalanul az Online Egészségportálra feltöltésre kerültek, amelyre tekintettel a szolgáltatásra való jogosultság eldönthető, úgy az Ellátásszervező elbírálja a szolgáltatási igényt.

(5) Amennyiben a Biztosított jogosult a Precíziós medicina szolgáltatásra, az Ellátásszervező az utolsó dokumentum beérkezésétől számítva, az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerinti 5 munkanapon belül, elektronikus úton, az Online Egészségportálon keresztül ezt visszaigazolja.

---

3 Azon daganatos betegségek, amelyek bekövetkezésének esélye <6/100.000; az ezzel kapcsolatos lista a jelen Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor: http://rarecarenet.istitutotumori.mi.it/rarecarenet/index.php/cancerlist oldalon megtalálható.

28.2.1 Molekuláris diagnosztika

(1) Az Ellátásszervező kiválasztja a laboratóriumot, és megszervezi a Biztosított mintájának begyűjtését, valamint erről az Online Egészségportálon keresztül tájékoztatja a Biztosítottat. **Az Ellátásszervező a minta begyűjtésének és laboratóriumba szállításának, valamint a kapott minta elemzésének költségeit finanszírozza, a mintavétel költségeit a jelen Egészségbiztosítás azonban nem finanszírozza (kivéve a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.2 fejezet (3) pontja szerinti folyékony biopszia esetét).**

(2) A laboratórium elvégzi az Ellátásszervező által megrendelt szomatikus tesztet, majd az eredményt megküldi az Ellátásszervező részére.

28.2.2 Klinikai szakértői jelentés és annak elemei

(1) A laboreredményeket nemzetközi onkológusok, patológusok és genetikai szakértők közreműködésével értelmezik, melynek során a Biztosított egyedi genetikai profilja alapján személyre szabott kezelési terv kerül kidolgozásra.

(2) A testület útmutatást nyújt a klinikai kutatásokkal kapcsolatban.

(3) A Biztosított egy magyar nyelvű klinikai szakértői jelentést kap a molekuláris profilalkotás eredményéről, amely az alábbiakat tartalmazza:
- a Biztosított állapotának klinikai összefoglalóját (beleértve bizonyos kezelésekkel szembeni rezisztencia vagy toxicitás fennállását);
- a szomatikus teszt eredményeit;
- a rendelkezésre álló különböző kezelési lehetőségeket, beleértve a hagyományos kezelést, valamint olyan újszerű eljárásokat, mint például a célzott terápiák, immunterápiák vagy hormonterápiák;
- amennyiben a klinikai szakértői jelentésben az szerepel, hogy a Biztosítottnál potenciális örökletes génmutációt azonosítottak, az Ellátásszervező a Biztosított kérésére megszervezi és finanszírozza a Biztosított esetén a csíravonalteszt elvégzését. Amennyiben a teszt pozitív eredménnyel zárul a Biztosítottnál, úgy az Ellátásszervező a közvetlen családtagok számára is biztosítja a csíravonalteszt elvégzését.

(4) A személyre szabott kezelési tervhez készült klinikai szakértői jelentés elküldését követően az Ellátásszervező Esetfelelőse ismerteti a Biztosítottal a különböző kezelési lehetőségeket, amely az alábbiakat tartalmazhatja:
- Engedéllyel rendelkező (on-label) kezelést;
- Engedéllyel nem rendelkező (off-label) kezelést;
- Klinikai kutatások alatt álló, de még terápiás standard kezelésként nem engedélyezett terápiát.

28.2.2.1 Engedéllyel rendelkező (on-label) kezelés

(5) Engedéllyel rendelkező (on-label) kezelések, amelyek esetén a gyógyszer alkalmazásának módja vagy adagolása a nemzetközi gyógyszerhatóság által hivatalosan jóváhagyott alkalmazási előírásnak megfelel. **Jelen Egészségbiztosítás nem fedezi a Magyarországon végzett terápiák költségeit.**

(6) A Biztosított jogosult a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3 pontjában meghatározott Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatásra az ott meghatározott feltételek és Szolgáltatási limitek figyelembevételével.

28.2.2.2 Engedéllyel nem rendelkező (off-label) kezelés

(7) Engedéllyel nem rendelkező (off-label) kezelés esetén a gyógyszer alkalmazásának módja vagy adagolása a nemzetközi gyógyszerhatóság által hivatalosan jóváhagyott alkalmazási előírástól eltér, ami jelentheti az alábbiakat:
- a gyógyszer egy rosszindulatú daganattípus kezelésére van engedélyezve, de az orvos egy másik rosszindulatú daganattípus kezelésére használja; vagy
- más módon adják be a Biztosítottnak az adott gyógyszert, például ha egy gyógyszert kapszulaként engedélyeztek, de helyette szájon át adják oldatban; vagy
- más dózisban adagolják az adott gyógyszert.

(8) A Biztosított jogosult a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3 pontjában meghatározott Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatásra az ott meghatározott feltételek és Szolgáltatási limitek figyelembevételével.
Az Ellátásszervező kizárólag olyan kezelés vonatkozásában bocsát ki előzetes fedezetigazolást, ahol a klinikai szakértői jelentésben meghatározott off-label kezelés elérhető.

(9) **Az Egészségbiztosítás az alábbi költségeket nem fedezi:**
- Magyarországon végzett, engedéllyel nem rendelkező (off-label) kezeléseket.
- Bármely olyan CAR T-sejt protokollt, amely eltér a jóváhagyott CAR T-sejt protokolltól.
- A klinikai szakértői jelentésben nem javasolt kezeléseket.

28.2.2.3 Klinikai kutatások alatt álló, de még terápiás standard kezelésként nem engedélyezett terápia

(10) Jelenleg klinikai kutatások alatt álló, de még terápiás standard kezelésként nem engedélyezett terápiák, amelyek révén a Biztosított újszerű gyógyszerekhez juthat hozzá, amelyek alkalmazását a nemzetközi gyógyszerhatóság hivatalosan nem hagyott jóvá.

(11) A klinikai kutatások szervezője határozza meg, hogy a kutatás során mely költségeket finanszírozzák. A klinikai kutatásokat általában párhuzamosan vagy kombinálva végzik a jelenleg elfogadott On-label kezelésekkel.

(12) A klinikai kutatás szervezőjének a jelentkezési szakaszban meg kell jelölnie azokat az orvosi költségeket, amelyeket finanszíroz, és azokat a költségeket, amelyeket a klinikai kutatás nem finanszíroz, és amelyeket a kutatás résztvevőjének kell fedeznie.

28.2.3 Családi tesztelés (csíravonalteszt)

(1) Amennyiben az Ellátásszervező a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.2.2.3 pontja alapján a közvetlen családtagok számára is biztosítja a csíravonal-tesztelést, úgy az alábbi eljárás az irányadó:
a) A közvetlen családtagok beleegyezése szükséges a teszteléshez.
b) A jelen Egészségbiztosítás szempontjából közvetlen családtagnak minősülnek a Biztosított vér szerinti testvérei és vér szerinti gyermekei.
c) Az Ellátásszervező megszervezi és finanszírozza a közvetlen családtagok mintáinak begyűjtését és elszállítását a vizsgálatot végző laboratóriumba. **Az Egészségbiztosítás nem fedezi a résztvevők utazási és szállásköltségét, amely a mintavétellel kapcsolatban felmerül.** A laboratórium elvégzi a minták kiértékelését és kiadja a teszt eredményeit. Pozitív eredmény esetén az Ellátásszervező magyar nyelvű genetikai tanácsadóval történő egyszeri virtuális konzultációs lehetőséget biztosít.

28.2.4 Klinikai kutatáshoz kapcsolódó adminisztratív támogatás

(1) Amennyiben a klinikai szakértői jelentésben javasolt kezelés olyan lehetőségeket tartalmaz, amelyek klinikai kutatás révén érhetők el, az Ellátásszervező az alábbi szolgáltatásokat nyújtja a Biztosítottnak:
- tájékoztatás a klinikai kutatásokról;
- klinikai kutatások adatbázisainak átvizsgálása;
- felveszi a kapcsolatot a Biztosított hazájában aktív, releváns klinikai kutatásokat végző központokkal, amennyiben szükséges a keresést kiterjeszteni a Biztosított hazáján kívüli kutatásokra;
- támogatást nyújt a klinikai kutatásokba való belépéshez szükséges kritériumok értelmezésében;
- jelentést készít a klinikai kutatások elérhetőségének lehetőségeiről.

(2) Amennyiben a Biztosított részt kíván venni egy klinikai kutatásban, az Ellátásszervező adminisztratív segítséget nyújt a jelentkezési nyomtatvány kitöltésében, beleértve a fordításokat is, ahol szükséges, továbbá információval látja el a Biztosítottat az utazási és szálláslehetőségekről, amennyiben szükséges, a klinikai vizsgálat helyszínétől függően.

(3) Az Ellátásszervező a klinikai kutatásba történő jelentkezéshez kizárólag a jelen pont szerinti adminisztratív támogatást nyújtja. **A klinikai kutatás résztvevőinek meghatározása kizárólag a klinikai kutatás szervezőjének felelőssége, arra az Ellátásszervezőnek ráhatása nincs.**

(4) Amennyiben a Biztosított nem kerül be a klinikai kutatásba, az Ellátásszervező a Biztosított Online Egészségportálon benyújtott kérelmére második és egyben utolsó keresést végez a megfelelő kutatások megtalálása érdekében, melynek során az Ellátásszervező további orvosi dokumentumokat kérhet a Biztosítottól.

28.2.5 Klinikai kutatásban való részvétel

Amennyiben a Biztosított a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.2.4 pontjában meghatározottak szerinti klinikai kutatásban részt vesz, akkor az Egészségbiztosítás az alábbiakat fedezi.

28.2.5.1 Ha a Biztosított Magyarországon vesz részt egy klinikai kutatásban

(1) **Amennyiben a Biztosított Magyarországon található kórházban vagy egészségügyi intézményben elérhető klinikai kutatásban vesz részt, az Egészségbiztosítás nem fedezi a Biztosított kórházi ápolásával kapcsolatosan felmerülő költségeket.**

(2) Amennyiben a Biztosított Magyarországon található kórházban vagy egészségügyi intézményben elérhető klinikai kutatásban vesz részt, és az a Biztosított lakóhelyétől 100 km-es sugarú körön kívül esik, az Egészségbiztosítás az alábbiakat fedezi:
- a Biztosított és Kísérője utazásával kapcsolatosan felmerülő költségeket a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.3.3 pontjában meghatározottak szerint;
- a Biztosított és Kísérője elszállásolásával kapcsolatban felmerülő költségeket a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.3.4 pontjában meghatározottak szerint;
- a Biztosított elhalálozása esetén a holttest hazaszállításának költségeit a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.3.5 pontjában meghatározottak szerint.

Pénzbeli szolgáltatás klinikai kutatásban való részvétel esetén a Precíziós medicina szolgáltatáshoz kapcsolódóan

(3) A Biztosítottat napi térítés illeti meg a jelen Egészségbiztosítás keretében minden egyes olyan napra, amikor a klinikai kísérlet részeként teszteltelés alatt álló gyógyszert kap. Ez esetben az Ellátásszervező a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében megjelölt biztosítási összeget fizeti ki a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében megjelölt maximális időtartam mint korlát figyelembevételével a Biztosítottnak a klinikai kísérlet befejezését követő 10 naptári napon belül.

28.2.5.2 Ha a Biztosított nem Magyarországon vesz részt egy klinikai kutatásban

(1) **Amennyiben a Biztosított nem Magyarországon található kórházban vagy egészségügyi intézményben elérhető klinikai kutatásban vesz részt, az Egészségbiztosítás fedezi a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.2.2 pontjában meghatározott, a Biztosított kórházi ápolásával kapcsolatosan felmerülő azon költségeket, melyek kizárólag a klinikai kutatással párhuzamosan vagy kombinálva végzett On-label kezelések eredményei. Ideértve azokat a költségeket is, amelyeket a klinikai kutatás nem finanszíroz, és amelyeket a kutatás résztvevőjének kell fedeznie, feltéve, ha a klinikai kutatást és a kórházi ápolást ugyanabban a kórházban vagy egészségügyi intézményben végzik.**

(2) Amennyiben a Biztosított nem Magyarországon található kórházban vagy egészségügyi intézményben elérhető klinikai kutatásban vesz részt, az Egészségbiztosítás az alábbiakat fedezi:
- a Biztosított és Kísérője utazásával kapcsolatosan felmerülő költségeket a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.3.3 pontjában meghatározottak szerint;
- a Biztosított és Kísérője elszállásolásával kapcsolatban felmerülő költségeket a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.3.4 pontjában meghatározottak szerint;
- a Biztosított elhalálozása esetén a holttest hazaszállításának költségeit a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.3.5 pontjában meghatározottak szerint.

Pénzbeli szolgáltatás klinikai kutatásban való részvétel esetén a Precíziós medicina szolgáltatáshoz kapcsolódóan

(3) A Biztosítottat napi térítés illeti meg a jelen Egészségbiztosítás keretében minden egyes olyan napra, amikor a klinikai kísérlet részeként teszteltelés alatt álló gyógyszert kap. Ez esetben az Ellátásszervező a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében megjelölt biztosítási összeget fizeti ki a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében megjelölt maximális időtartam mint korlát figyelembevételével a Biztosítottnak a klinikai kísérlet befejezését követő 10 naptári napon belül. **Ekkor a Biztosítottat a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.3.1 pontjában meghatározott kórházi napi térítés nem illeti meg a jelen Egészségbiztosítás keretében.**

28.2.5.3 Klinikai kutatásban történő részvétel esetén az Egészségbiztosítás által nem fedezett költségek

(1) A klinikai kutatásban történő részvétel esetén az ellátással közvetlen összefüggésbe hozható komplikációk és mellékhatások kezelése.

(2) A klinikai kutatásban való részvétellel kapcsolatos díjak és költségek.

28.3 A Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatás

(1) Amennyiben a Biztosított az Online Egészségportálon keresztül a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ában meghatározott biztosítási eseményekhez kapcsolódóan bejelentést tesz, a Biztosító az Ellátásszervező révén az Egészségbiztosítási szerződésben fedezett Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása biztosítási szolgáltatást nyújtja a jelen pontban meghatározottak szerint és a Szolgáltatási limitek figyelembevételével, amennyiben a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége fennáll.

(2) Abban az esetben, ha a magyar vagy nemzetközi hatóságok által elrendelt korlátozások (vis maior, logisztikai vagy működési korlátozások) akadályozzák az Ellátásszervezőt abban, hogy a külföldi kezelést megszervezze, akkor az Ellátásszervező gondoskodik a jelen pontban meghatározott szolgáltatások biztosításáról, illetve a kezelés során felmerülő egészségügyi kiadások finanszírozásáról Magyarországon – feltéve, hogy ugyanazon korlátozások nem akadályozzák egyenértékű magyarországi kezelési alternatíva kialakítását.

(3) A jelen fejezet (1) pontjában meghatározott szolgáltatások biztosítása, illetve a kezelés során felmerülő egészségügyi kiadások finanszírozása Magyarországon csak addig vehető igénybe, amíg az Ellátásszervező nem tudja a külföldi kezelést megszervezni. Az ilyen módon – magyarországi kezelések kapcsán – felmerülő egészségügyi kiadásoknak csak a Biztosított egyéb egészségbiztosítása vagy a társadalombiztosítás által nem fedezett részét téríti az Egészségbiztosítás, a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.3.1 pontjában meghatározott pénzbeli szolgáltatást kórházi tartózkodás esetén nem nyújt.

28.3.1 A Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatásra való jogosultság elbírálása és a javasolt kórházak

(1) Amennyiben az Ellátásszervező által bekért, vonatkozó diagnosztikai vizsgálatok és kórtörténetek hiánytalanul az Online Egészségportálra feltöltésre kerültek, amelyre tekintettel a szolgáltatásra való jogosultság eldönthető, úgy az Ellátásszervező elbírálja a szolgáltatási igényt. **Amennyiben a Biztosított Második orvosi szakvélemény szolgáltatást igényel, a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra való jogosultság megállapítása csak a második orvosi szakvélemény kiadását követően történhet.**

(2) Amennyiben a rendelkezésre álló információk és dokumentumok alapján a szolgáltatásra való jogosultság és/vagy a szolgáltatás mértéke nem meghatározható, úgy az Ellátásszervező a szolgáltatási igényt elutasítja azzal, hogy amennyiben az elutasítást követően, de még az elévülési időn belül a kért dokumentumok pótlásra kerülnek, a Biztosító megbízásából eljáró Ellátásszervező az igénybejelentést újra elbírálja.

(3) Amennyiben a Biztosított jogosult a külföldi gyógykezelési szolgáltatásra, az Ellátásszervező a Biztosított külföldi gyógykezelés megkezdésének szándékáról tett bejelentés beérkezésétől számítva az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerinti 3 munkanapon belül összeállítja és elektronikus úton, az Online Egészségportálon keresztül eljuttatja a Biztosított részére az adott betegség kezelésére javasolt külföldi kórházak listáját, a Szolgáltatási időszak rendelkezésre állásának figyelembevételével – az alábbiak szerint:

- **Szolgáltatási időszak teljes elérhetősége:** Adott fedezet tekintetében nem volt olyan biztosítási esemény, amely kiváltotta volna a Biztosító Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatását, így az Ellátásszervező visszaigazolja a Szolgáltatási időszak teljes, 36 hónapos rendelkezésre állását.
- **Szolgáltatási időszak részleges rendelkezésre állása:** Adott fedezet tekintetében korábban már volt olyan biztosítási esemény, amely kiváltotta a Biztosító Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatását, mely esetben az Ellátásszervező visszaigazolja, hogy a Szolgáltatási időszakból még hány hónap áll rendelkezésre.
- **A Szolgáltatási időszak lejárt:** Adott fedezet tekintetében korábban már volt olyan biztosítási esemény, amely kiváltotta a Biztosító Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatását, és a Szolgáltatási időszak lejárt, mely esetben az Ellátásszervező visszaigazolja, hogy a szolgáltatási igény a feltételek szerint nem teljesíthető.

(4) Az Ellátásszervező kizárólagos döntése a kórház kiválasztása, és ebben a jogkörében eljárva három kórházat javasol, és a Biztosított döntheti el, hogy melyikben kívánja igénybe venni a gyógykezelést.

(5) A Biztosítottnak az Ellátásszervező által az Online Egészségportálon rendelkezésre bocsátott dokumentum felhasználásával kell a javasolt kórházak közül kettőt kiválasztania a sorrendiség megadásával, és fel kell tüntetnie azt is, hogy lesz-e és ki lesz a Kísérője a külföldi gyógykezelés során. A Biztosítottnak a kitöltött és aláírt dokumentumot az Online Egészségportálon keresztül kell eljuttatni az Ellátásszervező részére. Az Ellátásszervező által összeállított kórházi lista a kibocsátásától számított 3 hónapig érvényes.

28.3.2 A Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatás és az előzetes fedezetigazolás

(1) Miután az Ellátásszervező megkapta a Biztosított kitöltött és aláírt nyilatkozatát, az Ellátásszervező az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerinti 10 munkanapon belül megkezdi a szükséges logisztikai és egészségügyi előkészületeket a Biztosított kórházi felvételére, továbbá egy előzetes fedezetigazolást bocsát ki, mely kizárólag a kiválasztott kórházra érvényes.

(2) Az előzetes fedezetigazolás tartalma a Biztosított ezen dokumentum kibocsátásakor ismert egészségi állapota alapján kerül meghatározásra. Mivel a Biztosított állapota időben változhat, az előzetes fedezetigazolás a kibocsátásától számított 3 hónapig érvényes. Amennyiben a Biztosított nem kezdi meg a kezelést a választott és az előzetes fedezetigazolásban rögzített kórházban a fedezetigazolás kibocsátásától számított 3 hónapon belül, új fedezetigazolás kerül kiállításra a Biztosított aktuális egészségi állapota alapján. A Biztosított a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatásoknak, valamint az előzetes fedezetigazolásban meghatározott feltételeknek és korlátozásoknak a figyelembevételével, az előzetes fedezetigazolás alapján lesz jogosult igénybe venni a megfelelő orvosi beavatkozáshoz kapcsolódó kezeléseket, ellátásokat és terápiákat, szolgáltatásokat **(szállás, légitársaság, vasút, taxi)**.

28.3.3 Fedezett költségek és kiadások a külföldi gyógykezelés alatt

(1) Az előzetes fedezetigazolásban szereplő feltételek teljesülése esetén a Biztosító az alábbi költségek és kiadások finanszírozását, valamint biztosítási összeg kifizetését vállalja a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott korlátozásokkal, kizárásokkal és feltételekkel, figyelembe véve a limiteket is.

(2) **Az Egészségbiztosítás kizárólag az előzetes fedezetigazolás kiadásának napját követően felmerülő kiadásokra és kifizetésekre biztosít fedezetet.**

28.3.3.1 Pénzbeli szolgáltatás kórházi tartózkodás esetén

(1) A Biztosítottat az Ellátásszervező által az előzetes fedezetigazolásban jóváhagyott és a jelen Egészségbiztosítás által finanszírozott külföldi gyógykezelés során minden kórházban töltött teljes 24 óra után kórházi napi térítés illeti meg. Az Ellátásszervező a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében megjelölt biztosítási összeget fizeti ki a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében megjelölt maximális időtartam mint korlát figyelembevételével a Biztosítottnak az Ellátásszervező székhelyének országa szerinti szabályok szerint számított 10 munkanapon belül a kórház elhagyását követően.

28.3.3.2 Az Egészségbiztosítás által fedezett, a Biztosított kórházi ápolásával kapcsolatosan felmerülő költségek

(1) Kórházi ellátás költségei, úgymint:
- a kórházi benntartózkodás ideje alatt a Biztosított elhelyezésének, étkeztetésének költsége és az általános ápolói szolgálat költsége;
- egyéb kórházi szolgáltatások költsége, ideértve a kórház járóbetegrészlegei által nyújtott szolgáltatás (beleértve az orvosi tolmácsolást is) költségét, valamint a Biztosított Kísérője számára biztosított pótágy költségét – feltéve, hogy a kórház ilyen szolgáltatással rendelkezik;
- a műtő használatának költsége (beleértve az összes szolgáltatást).

(2) Orvosi ellátás, vizsgálatok, kezelések, műtétek költsége.

(3) A kórházi ápolás ideje alatt az orvosi vizit költségei.

(4) Egynapos sebészeti beavatkozásokat végző ambulanciákon vagy független egészségügyi központokban történő kezelés, műtét, orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszer költsége, de csak akkor, ha ezekre kórházi ellátás esetén az Egészségbiztosítás fedezetet nyújt.

(5) A következő egészségügyi szolgáltatások, kezelések, vizsgálatok vagy orvosi rendelvényre alkalmazott gyógyszerek költsége:
- érzéstelenítés és altatás, valamint az ezekhez használt szerek beadásának költségei, feltéve, hogy az érzéstelenítést és altatást erre jogosultsággal bíró egészségügyi szakember végzi;
- laboratóriumi vizsgálatok, patológia, kezelés előkészítését célzó röntgenvizsgálatok, sugárterápia, radioaktív izotópos eljárások, kemoterápia, electrocardiogram (EKG), szívultrahang, mielogram, elektroencefalogram (EEG), angiogram, komputertomográfia (CT), valamint más hasonló tesztek és vizsgálatok, melyek a jelen Különös Biztosítási Feltételek 27. §-ában meghatározott betegségek, illetve orvosi beavatkozások végrehajtásához szükségesek, feltéve, hogy ezeket orvos végzi vagy orvosi felügyelet mellett végzik;
- vérátömlesztés, valamint vérplazma és vérsavó beadása;
- oxigén használata és intravénás kezelések, injekciók alkalmazása;
- sugárkezelés: ionizáló (röntgen, gamma) sugárzás a daganatok zsugorítására és a rákos sejtek elpusztítására, mely sugárzás származhat testen kívüli eszközből (külső sugárforrásból történő kezelés vagy teleterápia), illetve testbe helyezett sugárzó anyagból (belső sugárkezelés vagy brachytherápia);
- rekonstrukciós műtét a finanszírozott kezelések során károsodott vagy eltávolított struktúrák funkciójának helyreállítása érdekében;
- a külföldi gyógykezelés keretében elvégzett ellátásokkal közvetlen összefüggésbe hozható komplikációk és mellékhatások kezelése, amennyiben azok azonnali, a hazautazás előtti orvosi beavatkozást igényelnek kórházi körülménynek között, és szükségesek ahhoz, hogy a kezelés befejeztével a Biztosítottat egészségügyi szempontból alkalmasnak nyilvánítsák a Magyarországra történő hazautazásra.

(6) A kórházi tartózkodás ideje alatt orvos által felírt gyógyszerek, gyógyszerészeti készítmények költsége. A gyógykezelés posztoperatív szakaszára (a külföldi gyógykezelés lezárultát követő legfeljebb 30 napra) előírt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége kizárólag abban az esetben, ha ezek beszerzésére még a Magyarországra történő visszaérkezés előtt kerül sor.

(7) Mentőautóval vagy légimentővel történő szállítás költsége, ha azt orvos írja elő és az Ellátásszervező előzetesen jóváhagyja.

(8) Az élő szervdonor számára a szervátültetéshez, illetve a beültetendő szerv donorból történő eltávolításához kapcsolódóan nyújtott szolgáltatások költsége, úgymint:
- a Biztosított hozzátartozói között végzett, a megfelelő donorok azonosításához szükséges tesztek, elemzések, és vizsgálatok költsége;
- a donornak nyújtott kórházi szolgáltatások költsége, ideértve a donor kórházi elhelyezésének és étkeztetésének költségét, az általános ápolói szolgálat költségét, a kórházi személyzet egyéb, megszokott szolgáltatásainak költségét, a laboratóriumi tesztek költségét és a kórház egyéb eszközei, berendezései használatának költségét (kivéve azon személyes használatra szánt eszközök költségét, melyek nem szükségesek a szervátültetés lebonyolításához);
- a szervátültetés végrehajtásához szükséges, donoron végzett egészségügyi szolgáltatások és műtéti beavatkozások költsége.

(9) Élő szövetek átültetésével kapcsolatban felmerülő, a csontvelő pótlását, helyettesítését célzó anyagok és szolgáltatások költsége.

28.3.3.3 Az Egészségbiztosítás által fedezett, a Biztosított utazásával kapcsolatosan felmerülő költségek

(1) Az Egészségbiztosítás a Biztosított és egy Kísérője számára, szervátültetés esetén a donor számára is, kizárólag a külföldi gyógykezelés céljából megszervezett, a külföldi gyógykezelés helyszínére menetrend szerinti járattal történő elutazás és az onnan történő hazautazás költségeit fedezi.
Az utazás szervezését kizárólag az Ellátásszervező végzi, és a költségeket közvetlenül téríti meg a szolgáltatást nyújtó félnek. Az Egészségbiztosítás a Biztosított vagy a Biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett utazás költségét nem téríti meg.

(2) Az utazási időpontokat az Ellátásszervező határozza meg az aktuális kezelési terv alapján, melyről előzetesen tájékoztatja a Biztosítottat. Az Ellátásszervező a kezelési terv alapján többszöri oda-vissza utaztatást is szükségesnek tarthat a gyógykezelés helyszínére. Amennyiben a Biztosított változtat az Ellátásszervező által meghatározott utazási időpontokon, úgy a Biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a Biztosító és/vagy Ellátásszervező számára, mely az új időpontban történő utazás megszervezésével és lebonyolításával jár, kivéve, ha az utazási időpontok módosítását az Ellátásszervező orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.

(3) **Az Egészségbiztosítás által fedezett utazási költségek az alábbiakra terjednek ki:**
- Transzfer a Biztosított magyarországi lakóhelyéről a kijelölt repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra.
- Turistaosztályra szóló repülő- vagy vonatjegy biztosítása a kezelés helyszínére, valamint transzfer a külföldi gyógykezelés helyszínén kijelölt szállodába.
- Transzfer a kijelölt külföldi kórházból vagy szállodából a kijelölt külföldi repülőtérre vagy nemzetközi vasútállomásra.
- Turistaosztályra szóló repülő- vagy vonatjegy biztosítása Magyarországra, valamint transzfer a Biztosított magyarországi lakóhelyére.

(4) **A Biztosító kockázatviseléséből kizárt, és a Biztosító nem teljesít szolgáltatást a külföldi szállodából a kezelés helyszínére (kórházba, kezelőorvoshoz) történő transzfer költségeire.**

28.3.3.4 Az Egészségbiztosítás által fedezett, a Biztosított elszállásolásával kapcsolatosan felmerülő költségek

(1) A kizárólag külföldi gyógykezelés céljából történő utazás során a Biztosított és egy Kísérője számára (szervátültetés esetén a donor számára is) megszervezett (szállodai) elhelyezés költségei.
A szállodai elhelyezés szervezését kizárólag az Ellátásszervező végzi, és a költségeket közvetlenül téríti meg a szolgáltatást nyújtó félnek.
Jelen Egészségbiztosítás a Biztosított vagy a Biztosított nevében eljáró harmadik fél által megszervezett elhelyezés költségét nem téríti meg.

(2) A szállodai elhelyezés időszakát az Ellátásszervező határozza meg az aktuális kezelési terv alapján, és erről előzetesen tájékoztatja a Biztosítottat. Az Ellátásszervező a szállodai elhelyezés befeje-zésének időpontját a kezelések befeje-zésének időpontja és a kezelőorvossal való egyeztetés alapján határozza meg.

(3) Amennyiben a Biztosított változtat az Ellátásszervező által meghatározott foglalási időpontokon, úgy a Biztosítottnak meg kell térítenie minden járulékos költséget a Biztosító és/vagy az Ellátásszervező számára, mely az új időpontban történő elhelyezés megszervezésével és lebonyolí-tásával jár, kivéve, ha a foglalási időpontok módosítását az Ellátásszervező orvosi szempontból szükségesnek ítéli meg.

(4) **Az Egészségbiztosítás által fedezett szállásköltségek az alábbiakra terjednek ki:**

- Kétágyas vagy franciaágyas szoba reggelivel, 3 vagy 4 csillagos szállodában. A szálloda kiválasztása függ a szobák elérhetőségétől, valamint a szálloda és a kórház (kezelőorvos rendelési helye) közötti távolságtól, mely nem lehet több, mint 10 km.
- **Az étkezések költségeit, kivéve a reggeli költségét, valamint bármely egyéb esetlegesen felmerülő szállodai költséget a jelen Egészségbiztosítás nem fedezi.**

28.3.3.5 Holttest hazaszállítása

(1) Amennyiben a Biztosított (illetve szerv- és szövetátültetés esetén az élő donor) a jelen Egészség-biztosítás alapján szervezett külföldi gyógykezelés keretében Magyarországon kívüli tartózkodása alatt elhalálozik, úgy az Egészségbiztosítás a külföldi gyógykezelés során elhunyt Biztosított (továbbá szerv- és szövetátültetés esetén az elhalálozott donor) földi maradványainak Magyaror-szágra történő szállításának megszervezését és annak költségét az alábbiak szerint fedezi.

(2) A Biztosító kizárólag az alábbi szolgáltatásokkal és ellátásokkal kapcsolatos költségeket fedezi, amelyek az elhunyt holttestének felkészítéséhez és Magyarországra történő szállításához szükségesek:

- a szállítás minimális követelményeinek megfelelő koporsót,
- balzsamozási eljárás biztosításának költségeit,
- holttest hazaszállításához szükséges adminisztratív intézkedések költségeit, valamint
- a holttest szállításának költsége a külföldi kórháztól a magyarországi temetkezési helyre.

(3) A Biztosító a rendelkezésre jogosult által meghatározott temetkezési hely figyelembevételével szervezi meg a holttest hazaszállítását.

28.3.4 A külföldi gyógykezelés befejezése

(1) A külföldi gyógykezelés akkor tekinthető befejezettnek, ha az Ellátásszervező megerősíti, hogy a gyógykezelést végző orvosok által előírt, orvosszakmai szempontból indokolt és szükséges minden ellátást, kezelést, beavatkozást elvégeztek. A külföldi gyógykezelés befejezését követően az Ellátásszervező gondoskodik a Biztosított és Kísérője, illetve szervátültetés esetén a donor haza-jutásáról, továbbá információval látja el a Biztosítottat arról, hogyan tudja igénybe venni az utó-gondozás szolgáltatást, valamint a hazatérést követően a Magyarországon vásárolt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költségének megtérítését.

28.3.4.1 A külföldi gyógykezelés befejezését követően fedezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költsége

(1) A legalább 3 napos kórházi tartózkodást szükségessé tevő külföldi gyógykezelés befejezése után, a Biztosított Magyarországra történő hazatérését követően **az Egészségbiztosítás fedezi a Szolgálta-tási összeglimit és azon belül a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott limit erejéig** az adott külföldi gyógykezeléssel összefüggésben Magyarországon felírt és meg-vásárolt, alkalmanként legfeljebb 2 hónapra elegendő gyógyszerek, gyógyszerészeti készítmények költségeit, az alábbi feltételek és korlátozások mellett:

- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény a magyar szakhatóság által engedélyezett és elfogadott, valamint forgalmazása szabályozott.

- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény Magyarországon beszerezhető a kezelés folytatásához szükséges időben és módon, ideértve az ugyanolyan hatékonyságú, azzal egyenértékű gyógyszert / gyógyszerészeti készítményt is.
- A gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény igénybevétele Magyarországon orvosi rendelvényhez vagy vényhez kötött.
- A gyógyszereket és gyógyszerészeti készítményeket a Biztosítottat a külföldi kórházban kezelő orvos(ok) az Ellátásszervezőn keresztül a kezelés folytatásához javasolják, szükségesnek ítélik meg.
- Magyarországon vásárolt gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények, melyeket az Ellátásszervező előzetesen jóváhagyott.
- Az egy orvosi rendelvényre felírt gyógyszer vagy gyógyszerészeti készítmény mennyisége nem haladhat meg két hónapra elegendő mennyiséget.
- **Az orvosi rendelvény vagy vény a Szolgáltatási időszak lejárta előtt kerül kibocsátásra.**

(2) A jelen 28.3.4.1 pont alapján vásárolt gyógyszereket és gyógyszerészeti készítményeket a Biztosítottnak kell beszereznie és költségét megelőlegeznie. Az Ellátásszervező a gyógyszer megvásárlását igazoló, **a Biztosított nevére kiállított eredeti számla** alapján **a Szolgáltatási összeglimit és azon belül a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott limit erejéig** megtéríti a gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények árát a Biztosított részére, **amennyiben a számlát a Biztosított a vásárlást követő 180 napon belül az Ellátásszervező rendelkezésére bocsátja az Online Egészségportálon keresztül**. **Az Egészségbiztosítás nem fedezi a társadalombiztosítás vagy más egészségbiztosítás által támogatott gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények részben vagy egészben finanszírozott részét, a számlának egyértelműen meg kell különböztetnie azokat a költségeket, amelyeket közvetlenül a Biztosítottnak kellett megfizetnie.**

(3) Amennyiben a javasolt gyógyszer / gyógyszerészeti készítmény (vagy ugyanolyan hatékonyságú, azzal egyenértékű gyógyszer / gyógyszerészeti készítmény) nem engedélyezett vagy elfogadott Magyarországon, illetve nem forgalmazott vagy a Biztosított számára nem hozzáférhető Magyarországon, az Egészségbiztosítás az Ellátásszervező előzetes hozzájárulása esetén fedezi a külföldön beszerzett gyógyszerek / gyógyszerészeti készítmények költségeit is. Ebben az esetben az Ellátásszervező a jelen fejezetben leírt feltételekkel gondoskodik a Biztosított és a kijelölt Kísérő számára a szükséges utazási és szálláslehetőségekről, a Szolgáltatási összeglimit és azon belül a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott limitek figyelembevétele mellett.

28.3.4.2 A külföldi gyógykezelés befejezését követően utógondozás szolgáltatás költsége

(1) A külföldi gyógykezelés után, a Biztosított Magyarországra történő hazatérését követően az **Egészségbiztosítás fedezi a Szolgáltatási limitek figyelembevételével** az utógondozás Magyarországon felmerült költségeit, amennyiben az utógondozás Magyarországon elérhető a külföldi kezelőorvos(ok) által kidolgozott utógondozási tervben megjelölt időközönként és módon a folyamatos ellenőrzés érdekében, az alábbi feltételekkel:

- **Az utógondozást a Biztosított az Ellátásszervező által előzetesen jóváhagyott magyarországi Magánkórházak egyikében veheti igénybe. Az utógondozást a Biztosítottnak kell megszerveznie, és az általa kiválasztott Magánkórházat az Ellátásszervezővel elfogadtatnia.**
  Az utógondozás költségeit a Biztosított fizeti meg, melyet az Ellátásszervező utólagosan részben vagy egészben megtérít a Szolgáltatási limitek és a jelen 28.3.4.2 pontban foglaltak figyelembevételével.
- Az utógondozást az utógondozási terv alapján kell elvégezni, az abban megjelölt időközönként a folyamatos szűrés és megfigyelés érdekében. **Az igénybe vett utógondozáshoz kapcsolódó számla kelte legfeljebb a Szolgáltatási időszak utolsó napja lehet.**
- **A számlát és annak kifizetését igazoló bizonylatot azok kiállítását követő 180 napon belül kell az Ellátásszervező részére megküldeni az Online Egészségportálon keresztül.**

(2) Amennyiben az utógondozás költségét részben vagy egészben a magyar társadalombiztosítás vagy bármely egyéb egészségbiztosítás fedezi, a Biztosító csak a társadalombiztosítás vagy bármely egyéb egészségbiztosítás által nem fedezett költségeket téríti meg a Biztosított számára.

A benyújtandó szolgáltatási igényben egyértelműen meg kell különböztetni azokat a költségeket, melyeket a Biztosított maga fizetett meg.
Az Ellátásszervező a benyújtott dokumentumok Online Egészségportálra történő feltöltését követő 10. napon belül a Szolgáltatási limitek figyelembevételével a Biztosított által megadott bankszámlára megtéríti az utógondozás költségét a jelen Biztosítási Feltételek 1. számú mellékletében meghatározott összeglimit erejéig.

(3) Az Ellátásszervező a Biztosított kérésére Magyarországon kívül is engedélyezi és megszervezi az utógondozást, az utazást és a szállást a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.3.3 és 28.3.3.4 pontjaiban foglaltak szerint, vállalva ezek költségeit a Szolgáltatási limitek figyelembevételével az alábbi feltételekkel:
- az utógondozást a Biztosított esetében az a külföldi kórház, illetve kezelőorvosa(i) végzi(k), aki(k) a külföldi gyógykezelést nyújtották;
- az utógondozással kapcsolatban felmerült költségeket közvetlenül az Ellátásszervező téríti meg;
- az igénybe vett utógondozáshoz kapcsolódó szolgáltatások számlájának kelte legfeljebb a Szolgáltatási időszak utolsó napja lehet.

28.4 A Biztosított egészségi állapotának a külföldi gyógykezelés befejezését követő megváltozása

(1) A külföldi gyógykezelés befejezését és a Biztosított hazatérését követően a Biztosított egészségi állapotában beálló változások felvethetik további, orvosszakmai szempontból indokolt egészségügyi beavatkozás szükségességét, illetve ennek Ellátásszervező általi elbírálását.

(2) Amennyiben ekkor a Biztosítottra vonatkozó Szolgáltatási limitek erre lehetőséget adnak, a Biztosított az Online Egészségportálon keresztül kezdeményezheti állapotának újraértékelését az Ellátásszervezőnél.
Ezt követően az Ellátásszervező tájékoztatja a Biztosítottat minden olyan követelményről, melyek teljesítése ahhoz szükséges, hogy a Biztosítottra vonatkozó és a felülvizsgálathoz szükséges diagnosztikai eredmény és orvosi dokumentáció az Ellátásszervező rendelkezésére álljon.

(3) Ha a felülvizsgálat olyan eredménnyel zárul, hogy a korábbi külföldi gyógykezelés során kezelt betegség és elvégzett orvosi beavatkozás további, orvosszakmai szempontból indokolt ellátást tesz szükségessé, vagy a Biztosított felülvizsgálata során megállapított betegsége a korábbi külföldi gyógykezelés alapjául szolgáló betegséggel azonos fedezetbe tartozik, az Ellátásszervező a jelen Különös Biztosítási Feltételek 28.3.1 pontjában leírtak szerint jár el, mely értelmében új javasolt kórházi listát és előzetes fedezetigazolást bocsát a Biztosított rendelkezésére.
Ezekben az esetekben a Szolgáltatási időszak nem indul újra.

(4) Amennyiben orvosszakmai szempontból indokolt, az Ellátásszervező a felülvizsgálathoz új, második orvosi szakvélemény kiállítását írhatja elő.

(5) Az újabb külföldi gyógykezelést követően a Biztosított újra jogosulttá válhat az utógondozás szolgáltatásra a Szolgáltatási limiteket figyelembe véve.

(6) Ha a felülvizsgálat olyan eredménnyel zárul, hogy a Biztosított megváltozott egészségi állapota a korábbi, a külföldi gyógykezelés alapjául szolgáló betegségtől eltérő fedezetbe tartozik, akkor a felülvizsgálati kérelem új, az előzőtől független szolgáltatási igénynek minősül, mely esetben az Általános Biztosítási Feltételek 14. §-a az alkalmazandó.

Budapest, 2025. október 1.

1. számú melléklet

Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása, valamint Precíziós medicina szolgáltatásokhoz rendelt szolgáltatási limitek és biztosítási összegek

1. Szolgáltatási limitek

Egészségbiztosítási szerződés külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatására **és teljes tartamára** (beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is) **vonatkozó maximum szolgáltatási összeglimit („Szolgáltatási összeglimit")**	**2 000 000 €**
A külföldi gyógykezelés befejezését követően fedezett gyógyszerek és gyógyszerészeti készítmények költségeinek térítése, az itt meghatározott maximum összegig – az Egészségbiztosítási szerződés teljes tartamára, beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is	**50 000 €** (Szolgáltatási összeglimiten belül)
Szolgáltatási időszak – Egészségbiztosítási fedezetenként	**36 hónap**

2. Pénzbeli szolgáltatás összeg

Pénzbeli szolgáltatás **kórházi tartózkodás esetén** a Külföldi gyógykezelés megszervezése és finanszírozása szolgáltatáshoz kapcsolódóan, **maximum 60 napig** – szolgáltatási igényenként	**100 €/nap** (Szolgáltatási összeglimiten belül)
Pénzbeli szolgáltatás **klinikai kutatásban való részvétel esetén** a Precíziós medicina szolgáltatáshoz kapcsolódóan, **maximum 60 napig** – az Egészségbiztosítási szerződés **teljes tartamára**, beleértve az automatikus tartamhosszabbításokat is	**100 €/nap** (Szolgáltatási összeglimiten belül)

2. számú melléklet

Tájékoztató a biztosítási díj megfizetésének módjáról

I. A Biztosító Értékesítés Támogatási Rendszerén keresztül, Biztosításközvetítő ügynök közreműködésével létrejött szerződések esetén

(1) A Szerződő az Egészségbiztosítási szerződés díját kizárólag banki átutalással vagy csoportos beszedési megbízással fizetheti meg.

Banki átutalással

(2) A Szerződő banki átutalással a Biztosító ING Banknál vezetett 13700016-00053778 számlaszámára fizetheti meg az Egészségbiztosítás díját; az átutalás közlemény rovatában a Biztosítási kötvény számának feltüntetése az átutalt díj beazonosításához szükséges és elengedhetetlen.

Csoportos beszedési megbízással

(3) Csoportos beszedési megbízás kétféle módon adható meg:
- elektronikusan a Szerződő internetbankján keresztül,
- papíralapú felhatalmazással.

Internetbank

(4) Minden bank netbankján keresztül lehet csoportos beszedési felhatalmazást adni, azáltal, hogy a Szerződő az internetbank felületén, a csoportos beszedésre vonatkozó menüpontban a szolgáltatók listájából kiválasztja „NN Biztosító" szolgáltatót (azonosító: A10492033T244).
A **fogyasztóazonosító** az Egészségbiztosítási szerződés **8 számjegyből álló kötvényszámát** jelöli, ennek a 8 számjegynek a megadása szükséges a sikeres csoportos beszedés érdekében.

Papíralapú felhatalmazás

(5) A felhatalmazást a Szerződő megadhatja a saját számlavezető bankjában személyesen is. Ekkor nem kell a Biztosítónak elküldeni a felhatalmazást, ezt a bank végzi. A bank egy elektronikus üzenetben továbbítja a felhatalmazást, mely üzenet alapján a szerződésen élő és érvényes státuszba kerül a felhatalmazás.

(6) A felhatalmazás a Biztosító mindenkor hivatalos honlapjáról (jelen szabályzat hatálybalépésekor a www.nn.hu) történő letöltése és a három példány pontos kitöltése után akár közvetlenül a Biztosító címére, akár a Biztosításközvetítő ügynökön keresztül történő beküldés után a Biztosító munkatársai postázzák tovább a bank részére.
Ahhoz, hogy a felhatalmazás megvalósuljon, élő és érvényes státuszúnak kell lennie az Egészségbiztosítási szerződésnek, illetve nem lehet a szerződés díjfizetettsége hátralékban. A bankok üzenetei alapján kerül a felhatalmazás élő és érvényes státuszba.

(7) A Szerződő biztosítási díjat a Biztosításközvetítő ügynök számára semmilyen módon nem fizethet.
Amennyiben a Szerződő a fentiektől eltérő módon fizeti meg a rendszeres díjat, de az azonosítható, azaz az adott szerződéshez köthető és összege megfelel az aktuálisan fizetendő rendszeres díjnak, akkor azt a Biztosító nem utalja vissza, hanem az adott szerződésre könyveli.

II. A Biztosító Online szerződéskötési felületén keresztül létrejött szerződések esetén

Az Egészségbiztosítási szerződés díja csak ismétlődő bankkártyás díjfizetési móddal (a továbbiakban: Ismétlődő fizetés) fizethető. Az ismétlődő fizetés egy, a jelen Biztosítási Feltételek hatálybalépésekor csak a SimplePay Zrt. által üzemeltetett, SimplePay rendszeren keresztül biztosított bankkártya elfogadáshoz tartozó funkció, amely azt jelenti, hogy a Szerződő által a regisztrációs tranzakció során megadott bankkártyaadatokkal a jövőben újabb fizetéseket lehet kezdeményezni. Az itt hivatkozott rendszert, funkciót, annak üzemeltetőjét, szolgáltatóját a Biztosító jogosult bármikor egyoldalúan módosítani, amelyről a Biztosító a jelen Biztosítási Feltételek 10. §-ának (8) pontja szerint ad tájékoztatást.

Első díj fizetése
A Szerződőnek a szerződés első díját díjelőlegként az elektronikus úton történő ajánlattétel során, az ajánlat megtételével egyidejűleg, az ajánlathoz szükséges nyilatkozatok elfogadását követően kell megfizetnie a mindenkor hatályos **Ismétlődő fizetési és kártyaregisztrációs tájékoztató és nyilatkozat elnevezésű nyomtatványban leírtak szerint**.

Rendszeres díj fizetése
A Biztosító a Szerződő által regisztrált bankkártyáról automatikusan vonja le a rendszeres díjat annak a díjfizetési gyakoriságnak megfelelő időszaknak az első napján, amelyre a díj vonatkozik.
A Biztosítási díj változása esetén a Biztosító automatikusan a módosult rendszeres díjat vonja le a Szerződő által megadott bankkártyáról.

Amennyiben a Szerződő a fentiektől eltérő módon fizeti meg a rendszeres díjat, de az azonosítható, azaz az adott szerződéshez köthető és összege megfelel az aktuálisan fizetendő rendszeres díjnak, akkor azt a Biztosító nem utalja vissza, hanem az adott szerződésre könyveli.

3. számú melléklet

Összefoglaló az Egészségbiztosítási szerződés kapcsán a Biztosított által megküldendő dokumentumokról, nyilatkozatokról és azok lehetséges elküldési módjairól, formai és tartalmi követelményeiről

A Biztosított az egyes nyilatkozatait az alábbi táblázatban megadottak szerint teheti meg. A táblázatban alkalmazott kifejezéseken, fogalmakon az alábbiakat értjük:

- **Írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozat:** minősített elektronikus aláírás vagy minősített tanúsítványon alapuló fokozott biztonságú elektronikus aláírás.
- **Szerződéshez regisztrált e-mail cím:** az az e-mail cím, amelyet a Szerződő elektronikus kommunikáció céljából az Egészségbiztosítási szerződéséhez megadott, ami az Online értékesítési felületen történt ajánlattétel esetében azonos a regisztrációhoz megadott e-mail címmel.

A Biztosító e-mail címe: nn@nn.hu
A Biztosító postai elérhetősége: 1364 Budapest, Pf.: 247.
Az NN Biztosító személyes ügyfélszolgálata: 1138 Budapest, Váci út 133.
A Biztosító telefonszáma: 1433 (NN Telecenter)

Ügyintézés típusa	Kapcsolódó nyilatkozatok és iratok	Milyen csatornán jelentheti be?
Adatmódosítás személyes adatok esetén (név, állandó lakcím)	Adatváltozást bejelentő nyomtatvány aláírva vagy adatmódosítást tartalmazó nyilatkozat aláírva vagy a Szerződéshez regisztrált e-mail címről küldött e-mail szövegbe foglalva	**E-mailen:** • A Szerződéshez regisztrált e-mail címről beküldve, • az ettől eltérő e-mail cím esetében pedig írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozattal beküldve **Postai úton vagy személyesen:** kitöltött és aláírt nyomtatvány eredeti példánya vagy az adatmódosítást tartalmazó és aláírt nyilatkozat eredeti példánya
Adatmódosítás telefonszám, illetve e-mail cím esetén	„Nyilatkozat az elektronikus kommunikációról Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre vonatkozó biztosítási szerződés esetén” elnevezésű nyomtatvány aláírva	**E-mailen:** • A Szerződéshez regisztrált e-mail címről beküldve, • az ettől eltérő e-mail cím esetében pedig írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozattal beküldve **Postai úton vagy személyesen:** kitöltött és aláírt nyomtatvány eredeti példánya
Felmondás (30 napon belüli elállás, évfordulóra történő megszüntetés ügyfél részéről) **Elektronikus kommunikációhoz adott hozzájárulás visszavonása, mellyel a szerződés megszűnik**	„Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre szerződés megszüntetésére vonatkozó nyilatkozat” elnevezésű nyomtatvány vagy azzal megegyező tartalmú nyilatkozat aláírva	**E-mailen:** • A Szerződéshez regisztrált e-mail címről beküldve, • az ettől eltérő e-mail cím esetében pedig írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozattal beküldve **Postai úton vagy személyesen:** kitöltött és aláírt nyomtatvány eredeti példánya

Szolgáltatás iránti igény bejelentése a Biztosítóhoz	**Írásbeli nyilatkozattal:** „Igénybejelentő adatlap – Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre esetén” elnevezésű nyomtatvány vagy azzal megegyező tartalmú nyilatkozat aláírva	**E-mailen:** • A Szerződéshez regisztrált e-mail címről beküldve, • az ettől eltérő e-mail cím esetében pedig írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozattal beküldve **Postai úton vagy személyesen:** kitöltött és aláírt nyomtatvány eredeti példánya
	Szóbeli nyilatkozattal, **az alábbi adatok megadásával:** • név • szerződésszám • kapcsolattartási adatok (telefonszám, e-mail cím)	**Biztosító telefonos ügyfélszolgálatán vagy személyesen**
Egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó nyilatkozat és orvosi titoktartás alóli felmentésre vonatkozó nyilatkozat	**Írásbeli nyilatkozattal:** „Igénybejelentő adatlap – Egészség Útlevél szolgáltatásfinanszírozó egészségbiztosítás külföldi gyógykezelésre esetén” elnevezésű nyomtatvány vagy azzal megegyező tartalmú nyilatkozat érintett által aláírva	**E-mailen:** • minden érintett által aláírt, írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozattal beküldve **Postai úton vagy személyesen:** minden érintett által kitöltött és aláírt nyomtatvány eredeti példánya
Panasz		A panasz benyújtására a Biztosító Panaszkezelési Szabályzatban leírtak az irányadók.
Meghatalmazás	„Általános meghatalmazás természetes személyek számára” elnevezésű nyomtatvány vagy a meghatalmazás tartalmi és formai követelményeinek megfelelő, teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt nyilatkozat	**E-mailen:** • minden érintett által aláírt, írásbelinek minősülő elektronikus nyilatkozattal beküldve **Postai úton vagy személyesen:** teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt nyilatkozat eredeti példánya

4. számú melléklet

Tájékoztató az egészségbiztosítási szolgáltatások elbírálásához bekérhető iratokról

A Biztosító, illetve a megbízásából eljáró Ellátásszervező az egészségbiztosítási igények elbírálásához az alábbi táblázatban felsorolt okiratokat, dokumentumokat kérheti be:

Biztosítási esemény bekövetkezésekor minden esetben	• A Biztosító által rendszeresített vagy azzal megegyező tartalmú, kitöltött, a bejelentő és a Szolgáltatásra jogosult által aláírt igénybejelentő nyomtatvány • Cselekvőképtelen, illetve cselekvőképességében részlegesen korlátozott nagykorú Biztosított / Precíziós medicina szolgáltatás esetén vér szerinti testvér vagy kiskorú gyermek esetén a törvényes képviseleti jogot igazoló nyilatkozat vagy határozat • A gyámot vagy a gondnokot kirendelő határozat és/vagy bírósági ítélet másolata • Rokonsági kapcsolatot igazoló dokumentum (pl születési anyakönyvi kivonat)
Rosszindulatú daganatos betegségek kezelésére szóló egészségbiztosítási fedezet	• A kórelőzmény másolata (emlő- vagy méhrák esetén: nőgyógyászati kórelőzmény, az ultrahang- és mammográfiajelentések), valamint minden további dokumentáció, amely szükséges a kárigény kivizsgálásához • Konzultációs jelentések másolata (minden érintett szakterület) • Felvételi/kibocsátási jelentések másolata, beleértve a multidiszciplináris csapat (onkoteam) megbeszélésének jegyzőkönyvét • Sebészeti/műtéti orvosi dokumentumok másolata • Patológiai jelentések másolata (beleértve az IHC-t, a csontvelő-aspirációkat, a molekuláris profilozási eredményeket stb.) • Szövettani lelet biopsziából, csontvelő-aspirációból vagy sebészeti beavatkozásból • Laboratóriumi eredmények másolata (beleértve a PSA-t, prosztatarák esetén tumormarkereket stb.) • Endoszkópos jelentések másolata (kolonoszkópia és/vagy gasztroszkópia) • Diagnosztikai képalkotó vizsgálatok másolata (Pet-CT, CT, MRI, mammográfia, ultrahang, csontszken, nukleáris szkenek, röntgen stb.) DICOM formátumban • Minden kezelési terv másolata (múltbeli és jelenlegi) • „Repülésre alkalmas” dokumentum szakorvostól vagy háziorvostól
Idegsebészeti műtétre szóló egészségbiztosítási fedezet	• A kórelőzmény másolata (különösen a műtét alapjául szolgáló diagnózissal és okkal kapcsolatosan), valamint minden további dokumentáció, amely szükséges a kárigény kivizsgálásához • Konzultációs jelentések másolata, beleértve az idegsebészeti eljárásra vonatkozó ajánlásokat egy idegsebésztől • Sebészeti/műtéti orvosi dokumentumok másolata (amennyiben rendelkezésre áll) • Patológiai jelentések másolata (amennyiben rendelkezésre áll) • EEG- és/vagy EMG-leletek másolatai • Laboratóriumi eredmények másolata • Diagnosztikai képalkotó vizsgálatok másolata (Pet-CT, CT, MRI, nukleáris szkenek stb.) DICOM formátumban • Minden kezelési terv másolata (múltbeli és jelenlegi) • „Repülésre alkalmas” dokumentum szakorvostól vagy háziorvostól

Szívműtétekre szóló egészségbiztosítási fedezet	• A kórelőzmény másolata (különösen kardiológiai kórelőzmény), valamint minden további dokumentáció, amely szükséges a kárigény kivizsgálásához • Konzultációs jelentések másolata (minden érintett szakterület) • Sebészeti/műtéti jegyzőkönyv másolata • EKG, 24 órás EKG dokumentumok, Holter-jelentések, terheléses tesztek, fizikai kardiológiai vizsgálatok másolatai • Laboratóriumi eredmények másolata, beleértve a szívenzimértékeket • Diagnosztikai képalkotó vizsgálatok másolata (Pet-CT, CT, MRI, angiogram, ultrahang leletek stb.) DICOM formátumban • Minden kezelési terv másolata (múltbeli és jelenlegi) • „Repülésre alkalmas” dokumentum szakorvostól vagy háziorvostól
Élődonoros szervátültetésre szóló egészségbiztosítási fedezet	• A kórelőzmény másolata (különösen a transzplantáció alapjául szolgáló diagnózissal és okkal kapcsolatosan), valamint minden további dokumentáció, amely szükséges a kárigény kivizsgálásához • Konzultációs jelentések másolata (minden érintett szakterület) • Sebészeti/műtéti jegyzetek másolata (amennyiben rendelkezésre áll) • Patológiai jelentések másolata (amennyiben rendelkezésre áll) • Hisztokompatibilitási tesztek eredményeinek másolata (donor) • EKG, 24 órás EKG-dokumentumok, Holter-jelentések, terheléses tesztek, fizikai kardiológiai vizsgálatok másolatai • Laboratóriumi eredmények másolata, beleértve a májfunkciós teszteket • Dialízisjelentések másolata • Diagnosztikai képalkotó vizsgálatok másolata (Pet-CT, CT, MRI, mammográfia, ultrahang, csontszken, nukleáris szkenek, röntgen stb.) DICOM formátumban • Minden kezelési terv másolata (múltbeli és jelenlegi) • „Repülésre alkalmas” dokumentum szakorvostól vagy háziorvostól

A felsorolt okiratokon kívül a Szerződőnek/Biztosítottnak, illetve a Szolgáltatásra jogosultnak joga van egyéb okiratokat, dokumentumokat is benyújtani a biztosítási esemény bekövetkezésének és a teljesítendő szolgáltatás igazolására a bizonyítás általános szabályai szerint, annak érdekében, hogy követelését érvényesíthesse. Jelen tájékoztató a Biztosítási Feltételek részét képezi, és az abban foglaltakkal együtt érvényes.